

...Informações sobre o veículo

Placa: KGI-5277

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 249

Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9C2MD34008R004478

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2007/2008

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA WEDSON AENOBIO DA SILVADATA DO ACIDENTE 25/05/2009 CPF DA VÍTIMA 413.659.354-93PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTECO DO

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SOÃO BATISTANº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SURUBIM UF PE CEP 55150-000E-MAIL afseguuros1994@yahoo.com.br TELEFONE (84) 9665-0458

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() ATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRABALHO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() RECÍPITOS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA

ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 3 092 028 58 10c

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466659 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WEDSON ARNOBIO DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ESPLENECTOMIA, ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA E RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS. P3

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DO BAÇO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

☒ CONTRAMOL

Roberto Carlos Menezes Fontella.

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTROYED BY GUARDIAN C. ELLIOTT 1970
FOR NAO & THE NORTH BRANCH NORTH

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO. 2019
Cesma Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Gracás - Recife / PE - CEP: 52011-040

RUA JOAO BATISTA 370

CONTROL SUBRUBIN
SUBRUBIN PE
56750-000

STORIA CONTINUA...

700274988 08/2019
DATE OF BIRTH 04/07/2019
146-40

3703006
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

(new) *offshore*

Abstract

Consumer Advocacy

Acetecim, Bandeira AMARELA
Contrib. Irm. Publica Municipal
ICMS S/ut. -englo-CDE-NF 062968018-08/03/19
ICMS S/ut. -englo-CDE-NF 066744295-04/04/19

162,000,000

03675

12

2.7

TOTAL LA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

14640

Nº DO MOTORISTA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETRURA	ATUAL DATA	ATUAL LETRURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (km/l)
ED784	CAT	06-02-2018	22.862,00	04-02-2019	23.827,00	29	1,00000		182,00

WILLIAMS IN THE

IMPORTO	5%	MONTE DE CALICUPO
---------	----	-------------------

Terminado	4,75
-----------	------

2004

[illegible]

Consumer Activity/Interest

1

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

87E2.DA1F.C838.C842.7F88.E218.3217.A1E

10

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO. 2019
Gente Agência de IA
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-0

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

LOCAL: DATA EMISSÃO: 16/12/2015
BANCA CRED. DO CANCELAR: PE


ASSINATURA DO DELEGADO
47587078291
PE0702984466

MARCO FERNANDES DE
 OLIVEIRA, ROBERTO
 DAVANTI COSTA DE
 ALBUQUERQUE FERNANDES

01/10/761208

15/12/2020

25/09/1986

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Wedson Arnóbio da Silva**, nascido 11 de dezembro 1995, deu entrada neste hospital no dia 25 de maio de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº8883 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital da Restauração /Recife Sob Senha 5691679.

Taquaritinga do Norte, 26 de junho de 2019.


Flávio J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602



HOSPITAL DE RESTAURACAO: 5671679



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA: HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PA 300x70

RECEITUÁRIO MÉDICO

Sr. S. 48/1. Encomendado
cc 318 km

Encomendado o precat

Wesley - Análise do
Sfua, 23 anos, ortom
de acidente de motor
cleta, com politrauma
tismo, sem edemas,
ausculta normal
Repe. exame de
habita alcooliz. Trau
matismo de torç, fístul
para avaliação da
neurocirurgia

HCSRS-25/05/17

RECEITUÁRIO MÉDICO



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: WEDSON ARNOBIO DA SILVA		Prontuário: 1679749
Idade: 23 Anos 5 Meses 19 Dias	Sexo: Masculino	
Proc.:	Admissão no HR: 25/05/2019	
Adm. Clínica:	Alta: 30/05/2019	
Enfermaria /Leito: 718-L2		

☒ ALTA
☐ ÓBITO
☐ TRANSFERÊNCIA
☐ Outros:

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 25/05/19, COM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA NO LOCAL DO ACIDENTE; NEGAVA VÔMITOS À OCASIÃO. FOI TRAZIDO À EMERGÊNCIA DO HR EM ESTADO GERAL REGULAR, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SENDO EVIDENCIADO EM TAC ABD NA EMERGENCIA LIQUIDO LIVRE EM CAVIDADE E LACERACAO ESPLÊNICA IMPORTANTE; SUBMETIDO A CIRURGIA DE EMERGENCIA COM REALIZAÇÃO DE LE + ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS NO DIA 25/05/19, COM ACHADOS: PRESENÇA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE EM CAVIDADE + LACERACAO ESPLÊNICA >50% EM 1/3 SUPERIOR + LESÃO SANGRANTE EM SEGMENTO HEPÁTICO VI. PACIENTE ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CIRURGIA GERAL PARA SEGUIMENTO CLÍNICO, AINDA EM ESTADO GERAL REGULAR E ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM QUEIXA DE DOR EM MSE. PACIENTE NO 5º DPO EVOLUINDO BEM CLINICAMENTE E HEMODINAMICAMENTE, ACEITANDO DIETA SEM DIFICULDADES, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR COM DRENO CAVITARIO, E ORIENTAÇÕES PARA RETORNO AMBULATORIAL EM 1 SEMANA PARA REVISÃO E AVALIAÇÃO DE RETIRADA DO DRENO.

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DE TÓRAX 28/05/2019
HB 8,2 / HT 23,3 / LEU 14,910 / PAQ 148,000 27/05/2019
RA 30,1 / CR 0,55 / G 92,8 / UR 23,93 / NA 135 / K 3,8 / CL 105
HB 8,4 / HT 23,7 28/05/2019
HB 7,9 / HT 22,4 29/05/2019
HB 9,1 / HT 25,1 30/05/2019

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EGB, ANICTÉRICO, AO EXAME, ACIANÓTICO, HIDRATADO, EUPNÉICO, ORIENTADO
AR MV AHT S/RA FR = 19 IR SAT 97 % EM AR AMBIENTE
ACV : RCR EM 2T SEM SOPRO, BLHAS NORMOFONÉTICAS FC = 63 BP
ABD : PLANO, RHA AUDÍVEIS, INDOLOR A PALPAÇÃO, FLÁCIDO

DIAGNÓSTICO

5º DPO DE LE ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS (25/05/19), COM ACHADOS: PRESENÇA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE EM CAVIDADE + LACERACAO ESPLÊNICA >50% EM 1/3 SUPERIOR + LESÃO SANGRANTE EM SEGMENTO HEPÁTICO VI

TRATAMENTO REALIZADO

PO DE LE ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS (25/05/19), COM ACHADOS: PRESENÇA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE EM CAVIDADE + LACERACAO ESPLÊNICA >50% EM 1/3 SUPERIOR + LESÃO SANGRANTE EM SEGMENTO HEPÁTICO VI

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

- 1 - LAVAR PONTOS COM ÁGUA E SABÃO
- 2 - RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR EUCLIDES NO DIA 05/06/2019 AS 08 HORAS DA MANHÃ, MARCAR AMBULATORIO HOJE NO TERREO
- 3 - ANOTAR O DÉBITO DO DRENO DIARIAMENTE E TRAZER JUNTO COM OS DOCUMENTOS DA ALTA PARA O AMBULATORIO ENCAMINHADO PARA O CRIE PARA TOMAR A VACINA CONTRA GERME ENCAPSULADOS

MÉDICOS ASSISTENTES:

STAFF DR. EUCLIDES
MR2 DR JOÃO PAULO LIMA
MR1 DR LUCAS CASE

Lucas Casé Ferraz
Médico
CRM-PE 27678



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: WEDSON ARNOBIO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1679749	ATENDIMENTO: 01432358
DATA DE NASCIMENTO: 11/12/1995	FOI ATENDIDO EM: 30/05/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 30/05/2019 ÀS 09:29	

Diagnóstico Provável:

5º PO DE LE ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS (25/05/19) , SECUNDÁRIO A ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Tratamento Realizado:

PO DE LE ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS (25/05/19) , COM ACHADOS: PRESENÇA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE EM CAVIDADE + LACERAÇÃO ESPLÊNICA >50% EM 1/3 SUPERIOR + LESÃO SANGRANTE EM SEGMENTO HEPÁTICO VI

Observação:

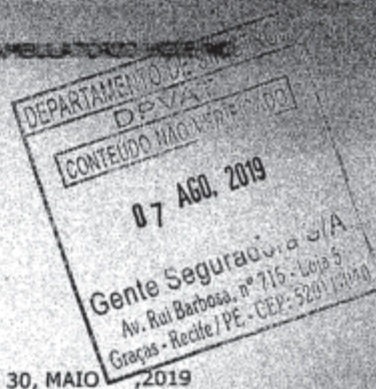
- 1 - LAVAR PONTOS COM ÁGUA E SABÃO
- 2 - RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR EUCLIDES NO DIA 05/06/2019 AS 08 HORAS DA MANHÃ , MARCAR AMBULATÓRIO HOSPITALAR TERREO
- 3 - ANOTAR O DÉBITO DO DRENO DIARIAMENTE E TRAZER JUNTO COM OS DOCUMENTOS DA ALTA PARA O AMBULATÓRIO ENCAMINHADO PARA O CRIE PARA TOMAR A VACINA CONTRA GERME ENCAPSULADOS

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR EUCLIDES NO DIA 05/06/2019 AS 08 HORAS DA MANHÃ , MARCAR AMBULATÓRIO HOSPITALAR TERREO

Lucas Casé Ferraz
Medico
CRM-PE 27678

LUCAS CASE FERRAZ - CRM: Nº.27678



Recife, 30, MAIO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

HUOE 883272

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1679746

Nome: Wedson Arnobio da Silva

Atendido às _____ hs. do dia 25/05/19

Diagnóstico Provável: Pulso da mão da mão

Tratamento Realizado: Tratamento com dor com
Gelo Local

Observação: Ao substituir de mão com
2 semanas
Apresenta de dor por 90 dias

Cópia de:

Alta: 30/05/19

Dr. Jenner F. P. S.
Ortopedia e Traumatologia
CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas e Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESPOSTA
GENIAL . 10.754.002

DATA DE
EXPIRAÇÃO 23/01/2018

NOME
<< WEDSON ARNÓBIO DA SILVA >>

FILIAÇÃO
<< ARNÓBIO INÁCIO DA SILVA >>
<< LUCICLEIDE MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE
TAQUARITINGA DO NORTE - PE 11/12/1995

DATA DE NASCIMENTO

DCC.ORIGEM << 074146 01 55 1996 1 00001 036

0000143 38 TAQUARITINGA DO NORTE-PE >>

CITF
713.659.354-93

Assinatura do Titular

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
LEI Nº 17.646/2008
101808123420100335 7899130 GERENTE DO IIRB F-78 51543 -4581

Indústria Gráfica Prodesim Ltda

EC-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinatura do Titular

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTINUA NÃO PAGAMENTO

07 AGO. 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-100

Declaração do Proprietário do Veículo

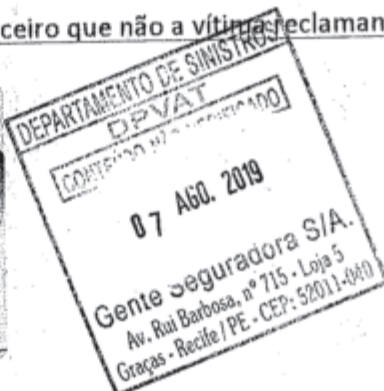
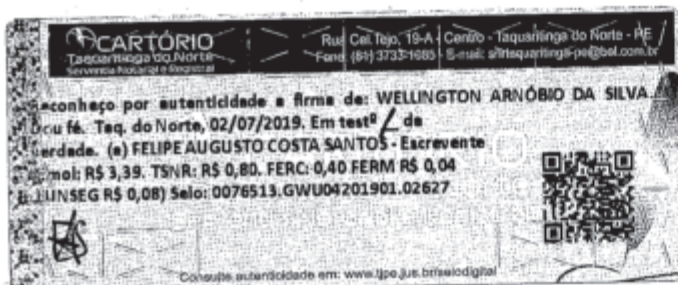
Eu, WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA,
RG nº 9.989.011, data de expedição 07/07/2014,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 127.179.564/76, com
domicílio na cidade de TOZILAMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SANTA LUZIA, nº 29,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima WEDSON ARNÓBIO DA SILVA, cujo o condutor era
WEDSON ARNÓBIO DA SILVA.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/xr 250 tornado
Ano: 2007
Placa: K6I-5277
Chassi: 9C2MD34008R004478
Data do Acidente: 25/05/2019 ✓
Local e Data: BRASIA TINGA DO NORTE (PE), 02/07/2019.

X Wellington Arnóbio da Silva
Assinatura do Declarante

X Wedson Arnóbio da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 946.234.444-04
CLASSIFICAÇÃO
BI RESCUE ENCL
RESIDEN: 34L

UNICA
Nº DO CLIENTE
Nº DA INSCRIÇÃO

09/07/2019
04/07/2019
17/08/2019
04/07/2019
146-40

04/07/2019
201188008
3733008
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL
QUANTIDADE
PREÇO UNIT.
VALOR (R\$)

Consumo Alcool (Mh)
Arctem: 1 Bandeira AMARRELA
Cantid: 1m. Publica Municipal
ICMS Suf. enqto: CDE-UF: 00268018-08/03/19
ICMS Suf. enqto: CDE-UF: 008144285-04/04/19

TOTAL FAFALPA
REMONSTRATIVO DE CONSUMO BETA-NOVA FIBRA
148,40

Nº DO RECEPTE	Tipo PA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	DATA ATUAL	Nº DE COMPARTE	ADJUTE	CONSUMO (MM)
007914	CAT	06-05-2018	22-05-2019	25.827,00	20	1.000,00

PERÍODO DE CONSUMO	VALOR DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO CONSUMO
JAN 19	172,00	25,00	36,50	208,50
MAR 19	172,00	0,71	0,25	172,25
ABR 19	172,00	0,71	0,25	172,25
MAY 19	172,00	0,71	0,25	172,25
JUN 19	172,00	0,71	0,25	172,25
JUL 19	172,00	0,71	0,25	172,25
AUG 19	172,00	0,71	0,25	172,25
SET 19	172,00	0,71	0,25	172,25
OCT 19	172,00	0,71	0,25	172,25
NOV 19	172,00	0,71	0,25	172,25
DEZ 19	172,00	0,71	0,25	172,25
JAN 20	172,00	0,71	0,25	172,25

Consumo Alcool (Mh)
8762 DAF CBE9 CH2 7F8B E21B 3717 A1E1

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Folha nº 01 de 01
Folha nº 02 de 02
Folha nº 03 de 03
Folha nº 04 de 04
Folha nº 05 de 05
Folha nº 06 de 06
Folha nº 07 de 07
Folha nº 08 de 08
Folha nº 09 de 09
Folha nº 10 de 10
Folha nº 11 de 11
Folha nº 12 de 12
Folha nº 13 de 13
Folha nº 14 de 14
Folha nº 15 de 15
Folha nº 16 de 16
Folha nº 17 de 17
Folha nº 18 de 18
Folha nº 19 de 19
Folha nº 20 de 20
Folha nº 21 de 21
Folha nº 22 de 22
Folha nº 23 de 23
Folha nº 24 de 24
Folha nº 25 de 25
Folha nº 26 de 26
Folha nº 27 de 27
Folha nº 28 de 28
Folha nº 29 de 29
Folha nº 30 de 30
Folha nº 31 de 31
Folha nº 32 de 32
Folha nº 33 de 33
Folha nº 34 de 34
Folha nº 35 de 35
Folha nº 36 de 36
Folha nº 37 de 37
Folha nº 38 de 38
Folha nº 39 de 39
Folha nº 40 de 40
Folha nº 41 de 41
Folha nº 42 de 42
Folha nº 43 de 43
Folha nº 44 de 44
Folha nº 45 de 45
Folha nº 46 de 46
Folha nº 47 de 47
Folha nº 48 de 48
Folha nº 49 de 49
Folha nº 50 de 50
Folha nº 51 de 51
Folha nº 52 de 52
Folha nº 53 de 53
Folha nº 54 de 54
Folha nº 55 de 55
Folha nº 56 de 56
Folha nº 57 de 57
Folha nº 58 de 58
Folha nº 59 de 59
Folha nº 60 de 60
Folha nº 61 de 61
Folha nº 62 de 62
Folha nº 63 de 63
Folha nº 64 de 64
Folha nº 65 de 65
Folha nº 66 de 66
Folha nº 67 de 67
Folha nº 68 de 68
Folha nº 69 de 69
Folha nº 70 de 70
Folha nº 71 de 71
Folha nº 72 de 72
Folha nº 73 de 73
Folha nº 74 de 74
Folha nº 75 de 75
Folha nº 76 de 76
Folha nº 77 de 77
Folha nº 78 de 78
Folha nº 79 de 79
Folha nº 80 de 80
Folha nº 81 de 81
Folha nº 82 de 82
Folha nº 83 de 83
Folha nº 84 de 84
Folha nº 85 de 85
Folha nº 86 de 86
Folha nº 87 de 87
Folha nº 88 de 88
Folha nº 89 de 89
Folha nº 90 de 90
Folha nº 91 de 91
Folha nº 92 de 92
Folha nº 93 de 93
Folha nº 94 de 94
Folha nº 95 de 95
Folha nº 96 de 96
Folha nº 97 de 97
Folha nº 98 de 98
Folha nº 99 de 99
Folha nº 100 de 100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CO-TEIDO NÃO VERIFICADO
07 AGO. 2019
Gente...
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Grças - Recife / PE - CEP: 52011-00

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604



Nº REGISTRO
01419781308
VALIDADE
15/12/2020
Emissão
25/09/1986

NOME
RICARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
DOC. IDENTIFIC. (CPF, RG, PASSAPORTE, etc.)
578.940.534-68
DATA NASCIMENTO
04/06/1968

FLUXO
AMAR FERNANDES DE
OLIVEIRA GOSMIRIO
DALVANT COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAETANINHA - PE
DATA EMISSÃO
16/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
47587078391
28070288467

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.asp?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WEDSON ARNOBIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.659.354 / 93 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WEDSON ARNOBIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.659.354 / 93 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 8133-5022</u>

SURUBIM/PE, 27 de JULHO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

CELPE
Serviços
credenciado

ONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CEP 50050-902
Insc. Ext. 0005943-03 | www.colpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARCIO DA SILVA COSTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIA FERRAZ BRITO 50 CS- CASA

CPF: 034.952.424-79

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CENTRO TAQUARITINGA DO NORTE
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

05790-000

CONIA CONTRA

7020153773	05/2019
DATA DE VENDIMENTO	DATA DE EMISSÃO DO RECIBO
30/05/2019	21/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,24

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (VW)
Acesso Bandeira AMARELA
Contrib. Ium. Pública Municipal
ICMS Subvenção - CDE-NF 055433664-23/03/19
Multa por atraso - VF 052264058 - 23/04/19
Juros por atraso - NF 052298058 - 23/04/19
Atualização IGPM - NF 050298058 - 23/04/19
Compensação F C Mensal 02/19
Compensação F C Trimestral 01/19
Compensação F C/R 03/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
115,0000000	0.79553331	91.48
		1.26
		7.62
		0.68
		1.63
		0.25
		0.21

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
E-STAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
07 AGO. 2019

TOTAL DA FATURA:

DEMONSTRATIVO DI CONSUMO DESTINATO ALLA VENDITA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROYAL ESCA								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
3180188752	CaF	23-08-2018	1.225,50	23-08-2018	1.362,00	30	1,00005	

Genê Sagurama S/
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja
Gracas - Recife / PE - CEP: 5201

[illegible]**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**[illegible]

1. **Objetivo:** Analisar o impacto da implementação da ISO 9001:2015 na melhoria da qualidade e na redução de custos operacionais em uma indústria de alimentos.

TENSÃO DE TRACÇÃO (N)					TENSÃO NORMAL (N)					
IDNO	PRG	USURNO	CONDIÇÃO	VALOR APPLICADO	LIMITE ELASTICO	LIMITE TRACÇÃO	LIMITE ANGUL	TENSÃO NORMAL (N)	LIMITE DE TRACÇÃO (N)	
									MINIMO	MAXIMO
				10/01/76	5,31	10,82	31,24	220	202	231
					4,00	2,23	6,47	12,85		
					1,73	3,03	0,00	0,00		

FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 8883 DATA: 2019-5-25 HORA: 15:27:8

NOME: Wesley Amóbio da Silva

IDADE: COR: BRANCA ESTADO CIVIL: CPF: SUS: 23 anos

PAI: MÃE:

ENDEREÇO: SÍTIO OITI Nº

BAIRRO: ZONA RURAL CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: 80x60 PULSO: _____ BPM: _____ PESO: _____

HGT: _____ TEMPERATURA: _____

Doente trazido por carro passeio
Inconsciente, sem movimentos

ANAMNÊSIA

Socorrido após queda de
motocicleta em via rural, com
múltiplas lesões superficiais

☐ ALTA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ INTERNAMENTO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO

na face, braços e pernas. Upode

PROCEDIMENTO: bebida alcoólica

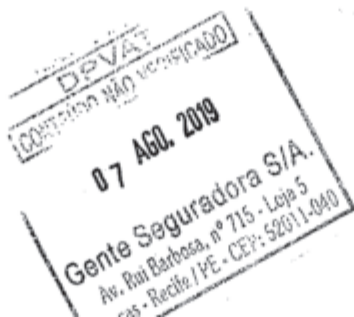
Exame: = Limpeza do ferimento
= SRL — 5000 Q EV
= Dipping + Ad — EV
= Rx
= abs

Transferido ao

HR: 5691649

Dr^a Kátia Prazin
CRM 07590

ATEDENTE: TIEL TRAVASSOS DE MOURA





0268390/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000507Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2019** às **13:20**Complementa o BO Número: **19E0220000416****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **25/5/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, PE-90 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA (OUTRO)
WEDSON ARNÓBIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WEDSON ARNÓBIO DA SILVA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WEDSON ARNÓBIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA** Pai: **ARNÓBIO DA SILVA** Data de Nascimento: **11/12/1995** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10754002/SDS/PE (RG), 71365935493 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 9995005085**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 29, RUA SANTA LUZIA - COAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA** Pai: **ARNÓBIO INÁCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **20/7/1998** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 29, RUA SANTA LUZIA - COAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

HONDA/XR 250 TORNADO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WEDSON ARNÓBIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGI5277** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **943151368** Chassi: **9C2MD34008R004478**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA, INFORMANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM O VEÍCULO ELENCADO, QUANDO AO PASSAR POR UMA LOMBADA PERDEU O CONTROLE DO MESMO VINDO AO SOLO, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE TAQUARITINGA DO NORTE. É O QUE SE CUMPRE REGISTRAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

WEDSON ARNOBIO DA SILVA
(VITIMA)

(VITIMA)

Wellington Arnobio da Silva.
WELLINGTON ARNOBIO DA SILVA
(OUTRO)

(OUTRO)



B.O. registrado por: **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matricula: **3875342**



538582



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ª CIRC DINTER117 DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000416



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/07/2019 às 10:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 25/6/2019 às 15:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, PE-90 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA (OUTRO)
WEDSON ARNÓBIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WEDSON ARNÓBIO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WEDSON ARNÓBIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA** Pai: **ARNÓBIO DA SILVA** Data de Nascimento: 11/12/1995 Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 10754002/SDS/PE (RG) 71365935493 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 9995005085

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 29, RUA SANTA LUZIA - COAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA** Pai: **ARNÓBIO INÁCIO DA SILVA** Data de Nascimento: 20/7/1998 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 29, RUA SANTA LUZIA - COAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

HONDA/XR 250 TORNADO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA** em posse do(a) Sr(a): **WEDSON ARNÓBIO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGI5277** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **9431541368** Chassi: **9C2MD34008R004478**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

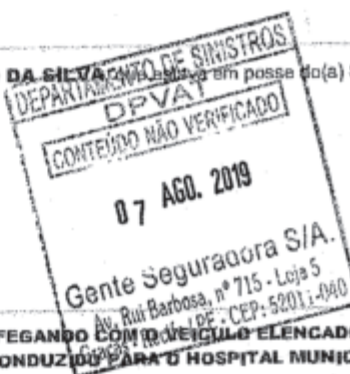
Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPREendeu A ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA, INFORMANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM O VEÍCULO ELENCAO, QUANDO AO PASSAR POR UMA LOMBADA PERDEU O CONTROLE DO MESMO VINDO AO SOLO, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE TAQUARITINGA DO NORTE. É O QUE SE CUMPRE REGISTRAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Wellington Arnóbio da Silva
WEDSON ARNÓBIO DA SILVA
(VÍTIMA)
Wellington Arnóbio da Silva
WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **RODRIGO DE JESUS LIMA** - Matrícula: **3874877**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

713.659.354-93 WEDSON ARNOBIO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

WEDSON ARNOBIO DA SILVA 713.659.354-93

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

REC. INF RUA MARIA FERRAZ BRITO 50 CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

CENTRO TAQUARITINGA DO NORTE PE 55790-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

(31) 9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 31871

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contestação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (válnascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAQUARITINGA DO NORTE PE 27/07/2019

WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

713.659.354-93 WEDSON ARNOBIO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

WEDSON ARNOBIO DA SILVA 713.659.354-93

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

REC. INF RUA MARIA FERRAZ BRITO 50 CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

CENTRO TAQUARITINGA DO NORTE PE 55790-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

(81) 9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 31871

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contestação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vul nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAQUARITINGA DO NORTE PE 27/07/2019

WEDSON ARNOBIO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466659

Vítima: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000711-0

Conta: 000010031871-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466659

Vítima: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00711-0

CONTA: 000010031871-1

Nr. da Autenticação 617231ED1DDBBEAF

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: WEDSON ARNOBIO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.754.002 SDS/PE CPF: 113.659.354-93
DATA DO ACIDENTE: 25/05/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: WEDSON ARNOBIO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA MARIA FERRAZ BRITO, 50, CENTRO, TAQUARITINGA DO NORTE-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.



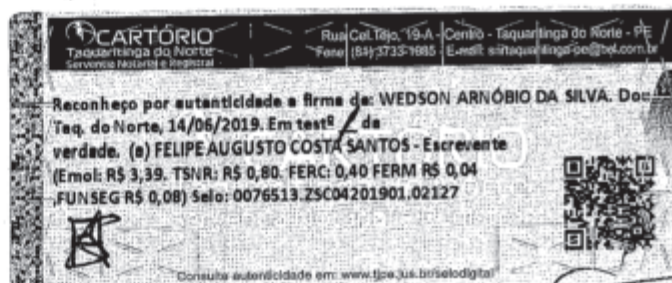
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

TAQUARITINGA DO NORTE – PE 12 DE JUNHO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268390/19

Vítima: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

CPF: 713.659.354-93

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WEDSON ARNOBIO DA SILVA : 713.659.354-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/08/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA