
Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710977

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BELO 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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190710977 Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BELO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710977

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BELO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710977

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BELO 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSE BELO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000028918-1

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: **749.822.304-04** 4 - Nome completo da vítima: **José Belo 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: **José Belo da Silva** 6 - CPF: **749.822.304-04**
7 - Profissão: **silvicultor** 8 - Endereço: **TV. Prof. Adelson Leal** 9 - Número: **41** 10 - Complemento: **casa**
11 - Bairro: **Petropolis** 12 - Cidade: **casuarum** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55030-151**
15 - E-mail: **rose_men2008@yahoo.com.br** 16 - Tel. (DDD): **81** - **9-9245-1674**

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:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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)

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

AGÊNCIA: **2778** CONTA: **013.28948** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____
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 de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNM) ☐ Divorçado ☐ 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 (vel 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Recife 19/12/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190710977
Nome do(a) Examinado(a): Jose Belo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Tv 1 Adelia Leal Ferreira, 41
Vassoural Caruaru PE CEP: 55030-151
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 4343940
Data local do acidente: [05/10/2019]
Data local do exame: [30/01/2020] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE OSSOS NASAIS

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REDUÇÃO INCRUENTA
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 09/01/2020

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA GRANDE DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO PELO NARIZ DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
, DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO**

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

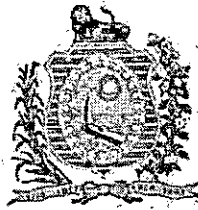
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





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

DELEGACIA DE POLICIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP00ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0180003167**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2019** às **09:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **5/10/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOSE RODRIGUES DE JESUS, 01** - Bairro: **INDIANOPOLIS** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ BELO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ BELO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA SILVA** Pai: **ANTONIO BELO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/3/1968** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4343940/SDS/PE** (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 31991208869**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO**,
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ BELO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ BELO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF2523** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **514129670** Chassi: **9C2KD0540CR557733**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA À VÍTIMA, O QUAL NO MOMENTO DO ACIDENTE, CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 01, NA AVENIDA JOSÉ RODRIGUES DE JESUS, MOMENTO EM QUE, O AUTOR DESTA BO., O QUAL CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 02, DEU UM TRANCA NELE VÍTIMA, ONDE O MESMO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, ELE VÍTIMA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº317897. AINDA INFORMA À VÍTIMA, QUE ÀS DECLARAÇÕES ORA PRESTADAS NESTE BO., É A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS MESMAS, E QUE TAL REGISTRO PRENDE-SE AO FATO DELE VÍTIMA ACIONAR O SEGURO DPVAT. DIANTE DO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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


JOSÉ BELO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS ALBERTO DA SILVA MELO** - Matrícula: **3809382**



Carlos Alberto da Silva Melo
Comissário Especial de Polícia
Mat. 380.938-2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: **749.822.304-04** 4 - Nome completo da vítima: **José Belo 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: **José Belo da Silva** 6 - CPF: **749.822.304-04**
7 - Profissão: **Atendente** 8 - Endereço: **TV. Prof. Adelson Leal** 9 - Número: **41** 10 - Complemento: **casa**
11 - Bairro: **Petropolis** 12 - Cidade: **casuarum** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55030-151**
15 - E-mail: **rose_men2008@yahoo.com.br** 16 - Tel. (DDD): **81** - **9-9245-1674**

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2778** CONTA: **013.28948** **4**
(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 de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNM) ☐ Divorçado ☐ 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 (vel 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Recife 19/12/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE: UPA Várzea

NOME: José Belo de Silva

REGISTRO: 0729

HORA: 19:33

IDADE: 54a

DATA DE NASCIMENTO: 05/10/199

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente relata trauma facial há 15 horas, após queda de altura. Lesão na região da face esquerda, com dor e inchaço. Não há perda de consciência ou vômito. (sic). Avaliação de

EXAME FÍSICO:

PA 130x80mmHg, FC 70, FR 18, SatO₂ 95%. Ausculta pulmonar normal e sem ruídos. Abdomen macio, sem sinais de irritação. Extremidades frias. Presença de medicação de alívio da dor.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de crânio e face.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de osso maxilar

CONDUTA:

Sutura labial, administração de osso pela de Voltaren IM e 0,1 ampola de dipirona I.V. às 19 horas. Necessária a avaliação quanto à extensão da fratura. Colocação de S.F. 0,9% 500ml I.V.

TRANSFERIDO PARA: HRA - Bucamaxilofacial

SENHA: 5286853

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

NÃO

Dr. Mario L. Correia
CRO-PE 6039

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BELO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000028918-1

Nr. da Autenticação FCCEF1452D2646EC



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA CICERA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 1 ADELIA LEAL FERREIRA 41

CPF: 825.032.304-15 NIS: 16078188753

PETROPOLIS/CARUARU
CARUARU PE
55030-151**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO	DATA
1184264036	09/2019
DATA DO VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
11/09/2019	07/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
33,59	

NOTA FISCAL	ESPECIFICAÇÃO	VALOR
075853791	ÚNICA	04/09/2019
04/09/2019	2003042594	0588986

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18198125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	60,0000000	0,32911071	19,74
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,94
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
ICMS Subvenção-CDE-NF 064392032-04/06/18			0,72
Multa por atraso-NF 071973707 - 05/08/18			0,71
Juros por atraso-NF 071973707 - 05/08/18			0,19
Atualização IGP-M-NF 071973707 - 05/08/18			8,07

TOTAL DA FATURA

33,59

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
145169	CAT	05/08/2019	25.167,00	04/09/2019	25.257,00	30	1,0000		90,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		R\$	%
SET 19 90		ICMS			Geração de Energia	12,33	46,89%
AGO 19 112		PIS	27,43	0,81	Transmissão	1,94	4,89%
JUL 19 103		COPINS	27,43	3,72	Distribuição (Celpe)	9,15	26,71%
JUN 19 107					Perdas de Energia	2,57	9,37%
MAY 19 137					Encargos Setoriais	0,80	2,42%
ABR 19 152					Tributos	1,24	4,52%
MAR 19 112					Total	27,43	100%
FEV 19 100							
JAN 19 129							
DEZ 19 162							
NOV 19 123							
OUT 19 122							
SET 19 112							

TARIFAS APLICADAS		VALOR
Consumo Ativo até 30 kWh		0,18198125
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh		0,32911071

RESUMO DO RISCO		VALOR
B010 C743 5125 D8DB 5EE2 1E07 623C 73F7		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ou a transferência de recursos é enviada pelo seu banco para o Banco do Brasil - Agência 4142010, Tarifa: 0,330000, serviços prestados e tributos em conformidade com a legislação, para consulta, em nossa unidade de atendimento ao cliente, consulte o site www.celpe.com.br

Agências para o atendimento ao cliente: 4142010, Tarifa: 0,330000, serviços prestados e tributos em conformidade com a legislação, para consulta, em nossa unidade de atendimento ao cliente, consulte o site www.celpe.com.br

**CELPE**

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA FORMOZINA DA SILVA

CPF 345.373.414-91

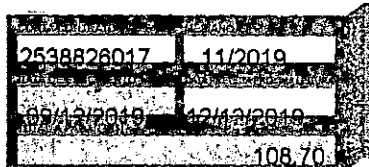
CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

LO MESTRE VITALINO 2

ALTO DO MOURA/ALTO DO MOURA
CARUARU PE
55000-000

084003299 UNICA 09/11/2019

09/11/2019 2000831235 808491



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	123,0000000	0,78688782	96,78
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,86
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,11
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,17
ICMS Subvenção-CDE-NF 076348824-06/09/19			0,80

TOTAL DA FATURA

108,70

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3172148553	CAT	09/10/2019	2 437,00	09/11/2019	2 560,00	31	1,00000		123,00

Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	34,54	34,29%
NOV 19 123	ICMS	100,73	25,00	Transmissão	R\$	3,48	3,42%
OUT 19 137	PIS	100,73	0,92	Distribuição (Cel/pe)	R\$	20,89	20,74%
SET 19 110	COFINS	100,73	4,25	Perdas de Energia	R\$	6,58	6,53%
AGO 19 135				Encargos Setoriais	R\$	4,00	4,85%
JUL 19 182				Tributos	R\$	30,38	30,16%
JUN 19 135				Total	R\$	108,73	100%
MAI 19 125							
ABR 19 114							
MAR 19 113							
FEV 19 151							
JAN 19 193							
DEZ 18 211							
NOV 18 204							

Consumo Ativo(kWh) 0,84973000

D589 27DB BB95.7B79 516E A89A 568C BAE4

Pague no ponto mais perto de você ou diretamente conosco pelo site ou aplicativo. Consulte o site ou aplicativo para mais informações.
 25 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações: (0800) 0000000. Consulte o site ou aplicativo para mais informações.
 O cliente é responsável por verificar a validade da conexão e a qualidade da energia fornecida pelo CELPE.
 O cliente é responsável por verificar a validade da conexão e a qualidade da energia fornecida pelo CELPE.
 O cliente é responsável por verificar a validade da conexão e a qualidade da energia fornecida pelo CELPE.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Debitado	Valor	Valor	Debitado	Valor
08/10/19	08/11/19	103,28			

Para garantir a qualidade do serviço, a CELPE realiza a cobrança das contas em aberto. O cliente é responsável por verificar a validade da conexão e a qualidade da energia fornecida pelo CELPE.
 O cliente é responsável por verificar a validade da conexão e a qualidade da energia fornecida pelo CELPE.
 O cliente é responsável por verificar a validade da conexão e a qualidade da energia fornecida pelo CELPE.

DESCRIÇÃO DO VALOR DA FATURA

CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
CARUARU	0,00	8,07	10,15	20,30
DEC	0,00	3,11	8,22	12,45
DEC	0,00	2,85	0,00	0,00

Limite DEC 12,22 EUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 35,70

DESCRIÇÃO DO VALOR DA FATURA

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	Limite	Limite
220	202	231	

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2538826017	11/2019	09/12/2019	108,70

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PÉSSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 00

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 3

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Rosemery Farmacina da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.994 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Belo da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 749.822.304-04

do sinistro de DPVAT cobertura utilidade da vítima José Belo da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 749.822.304 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: meu inf Renda: meu inf 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, residir no endereço abaixo, 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 Mestre Vitalino</u>		Número: <u>02</u>	Complemento: <u>Pach</u>
Bairro: <u>Mestre Vitalino</u>	Cidade: <u>Caruaru Pernambuco</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55030-151</u>
E-mail: <u>rose-mere2008@yahoo.com.br</u>			Tel. (DDD): <u>1811-9-9245-1674</u>

Local e Data: Caruaru PE 17 de fevereiro 2019

Rosemery Farmacina da Silva

Assinatura do Declarante



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE: UPA Varnhoren

NOME: José Belo de Silva

REGISTRO: 0729

HORA: 19:33

IDADE: 54a

DATA DE NASCIMENTO: 05/10/199

HISTÓRIA ATUAL:

Paciente relata trauma facial anterior com queda em 19 horas. Relata que o acidente ocorreu em uma rua movimentada. Não houve perda de consciência.

EXAME FÍSICO:

PA 140x90mmHg, FC 80, TA 36°C, saturação 95%. Exame físico normal a exceção de ferimento linear, alongado 15 cm, com sangramento ativo na região lateral direita da face, próximo ao ângulo da mandíbula. Ausculta do tórax normal, sem ruídos anormais. Não há vômito ou hematemese. (sic). Avaliação de nível de consciência.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de crânio e face.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de osso maxilar

CONDUTA:

Sutura labial, administração de osso pólo de Voltaren IM e 0,1 ampola de dipirona I.V. em 19 horas. Necessária a avaliação quanto à extensão da fratura. Colocação de S.F. 0,9% 500ml I.V.

TRANSFERIDO PARA: HRA - Bucamaxilofacial

SENHA: 5286853

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

NÃO

Mário L. Correia
Cirurgião-Dentista
CRO-PE 6039

SINAIS VITAIS

PA: 110 x 90 mmHg
 Temp: _____ PCFR: _____ rpm
 FC: _____ bpm Peso: _____ kg
 HGT: 130 mg/dl SpO₂: _____ %
 HORA: 14:15

CARUARU UPA VASSOURAL

EMERGÊNCIA/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO

PREFERENCIAL: () SENHA: 131

CLASSIFICAÇÃO: Vermelho ☐

Verde ☐ IDADE: 51A

Amarelo ☒

Azul ☐ DATA: 05/10/19

HORA: 17:30

NOME: Adriano Bruno de Silva

Alergias: ☒ NÃO () SIM:

1-Sinais de Emergência atendimento imediato- CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ PC < 50 ou 140 ☐ FR > 32 vpm ☐ FR < 10 ☐
2. Extremidades frias ☐ Enchimento capilar lento ☐ Pulso fraco ☐ Pulso ausente ☐
3. Sudorese ☐ PAS < 80 mmHg ☐ PAD > 130 mmHg ☐
4. Convulsionando no momento ☐ Inesponsivo ou só resposta à dor ☐ Letargia ☐
5. Queimaduras em mais de 25% de SC ou acompanhamento de vias aéreas ☐
6. Intoxicação exógena ☐
7. Sangramento intenso ☐ Lesão Grave ☐

2-Sinais de urgência- Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 ☐
2. FC < 50 OU > 140 ☐ PAS < 90 OU > 240 ☐ PAD > 130 sem sintomas ☐
3. Febre > 39° ☐ Febre com imunodepressão ☐
4. História de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação aguda ☐
5. Tumor pastoso ☐ Mucosas Ressecadas ☐
6. Queimaduras de 1° e 3° áreas não críticas SCQ < 10% ☐
7. Vítimas de abuso sexual ocorrido há 72 Horas ☐
8. Fraturas anguladas e luxações com comp. Neuro Vascular ou Dor Intensa ☐
9. Dor Abdominal Intensa ☐ Dor Torácica Intensa ☐
10. História até 72 Horas de: Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe ☐

Paciente com história de acidente de trânsito há + 20 min, apresentando lesões no corpo e lesão edematizada em parte frontal da cabeça.



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE: UPA Várzea

NOME: Jose Roberto de Almeida

REGISTRO: 0709

HORA: 15:30

IDADE: 51a

DATA DE NASCIMENTO: 03/10/1949

HISTÓRIA ATUAL:

Boa saúde. Refere-se a uma lesão na face, ocorrida há 15 horas, resultando em uma fratura da mandíbula inferior, com deslocamento. Paciente encaminhado para avaliação e tratamento.

EXAME FÍSICO:

PA 140x90mmHg, FC 80bpm, FR 15. Sinais vitais normais. Lesão na face, com fratura da mandíbula inferior, com deslocamento. Ausculta pulmonar normal. Não há sinais de trauma em outros membros.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de maxila inferior

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura da mandíbula inferior

CONDUTA:

Sutura labial, administração do osso em pó de Voltaren IM e de ampolas de dipirona I.V. há 19 horas. Necessária a avaliação para a existência de fratura. Colocação de S.F. 0,9% 500ml I.V.

TRANSFERIDO PARA: HRA - Bucodentofacial

SENHA: 5286853

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

NÃO

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

Mário L. Correia
Cirurgião-Dentista
CRO-PE 8039

Assinatura e carimbo

RECEPCIONISTA

Assinatura e carimbo - Médico

TIPO DE ALTA: ☐ DOMICILIO

☐ TRANSFERÊNCIA

☐ AMBULATÓRIO

HORA DA LIBERAÇÃO:

CONDIÇÃO DE ALTA:

Assinatura e carimbo - Médico

CONDIÇÃO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

EXAME FÍSICO:

HISTÓRICO DO PACIENTE:

BAIRRO:

ENDEREÇO:

PAI:

MÃE:

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: ☐ HETEROSSEXUAL ☐ GAY ☐ LÉSBICA ☐ BISSEXUAL ☐ ASSEXUAL ☐ PANSEXUAL

GÊNERO: ☐ HOMEM ☐ MULHER ☐ CS ☐ HOMEM TRANS ☐ MULHER TRANS ☐ TRAVESTI ☐ NÃO BINÁRIO

NOME SOCIAL:

NOME CIVIL:

Nº DO PRONTUÁRIO:

HORA:

HGT: _____ mg/dl SpO₂ _____ %

FC: _____ bpm Peso: _____ kg

Temp: _____ °C FR: _____ rpm

PA: _____ mmHg

Ficha de Atendimento

UPA VASSOURAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARIARU



CLASSIFICAÇÃO:

() VERMELHO () VERDE

() AMARELO () AZUL

PEDIATRIA ()

CLÍNICO (X)

IDADE:

SEXO: ☐ F ☐ M

DT. NASC:

DATA:

HORA:

CEP:

UF:

BAIRRO:

ENDEREÇO:

PAI:

MÃE:

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL:

GÊNERO:

NOME SOCIAL:

NOME CIVIL:

Nº DO PRONTUÁRIO:

HORA:

HGT:

FC:

Temp:

PA:

Assinatura e carimbo - Médico

Assinatura e carimbo - Médico

Assinatura e carimbo - Médico

Assinatura e carimbo - Médico

Assinatura e carimbo - Médico

Assinatura e carimbo - Médico

Assinatura e carimbo - Médico

Assinatura e carimbo - Médico

Assinatura e carimbo - Médico

Assinatura e carimbo - Médico



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **José Belo da Silva**,
Esteve Interno Nesta Unidade de Saúde no período do Dia
05/10/2019 a 05/10/2019 . Registro Hospitalar: 317897

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais
esclarecimentos.

Caruaru, 08 de Outubro 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

~~SECRET~~

Prontuário: 317897

Clinica: ODONTOLOGIA C.TRAUM.B.M.F.

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente último de acidente múltiplo, com fratura do braço esquerdo e trauma abdominal, pedindo o melhor tratamento possível para diabetes e hipertensão, uso de metoprolol, bisbetina e fexofenadina. No momento vive em BQ, Alvorada, Curitiba, no bairro nomeado por ele mesmo - deambulando. ECG TS.

Exame Físico:

[illegible]

Diag. Provisório:

Fratura de Ombro

001
 002
 003
 004

Rua Toyonari, de Andrade
 Canga e Palmeiras Eucamantecol
 Presidente HRA
 CRO-PE 13235

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

[illegible]

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido () Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____
Data: ____/____/____
Assinatura _____

Autorização de Procedimento () Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____
Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

☒ Alta () Cirurgia () Óbito () Evadui-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado (x) Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 05/10/19 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

05/10/2019 21:11:45

2 de 2

Usuário do Atendimento
JOSEFAAS

ORTOP



AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU.

LAUDO MÉDICO (DPVAT)

JOSÉ BELO DA SILVA

CPF: 749.822.304-04

PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM FRATURA COMPLEXA EM REGIÃO DO OSSO NASAL TRATADA COM REDUÇÃO INCRUENTA, NA DATA 05/10/2019

EVOLUI COM ASSIMNETRIA EM FACE E DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO.

LIMITAÇÃO DE 80% CRANIO FACIAL (FRATURA OSSOS NASAL)

ALTA EM 09/01/2020.

CID - 10: S02.2

CARUARU 09 DE JANEIRO 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

CRM 15582 – TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SGO/SEB/CO.SAMI

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSE BELO DA SILVA

Loc. Nasc. CARUARU Est. PE Data 14/03/1968

Filiação ANTONIO BELO DA SILVA E DE MARIA

JOSE DA SILVA

Doc. Nº BG-N-4343940-SSP-PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 03/08/00 DRT S.D.T. - CARUARU - PE

Assinatura do Funcionário

Izabella Virgínia da Silva Barros

RG - 5.143.687 - SSP - PE

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.

Doc.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Subdelegacia
em

CARUARU - PE

Número 68271 Série 00025

Jose Belo da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR



Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predis põem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

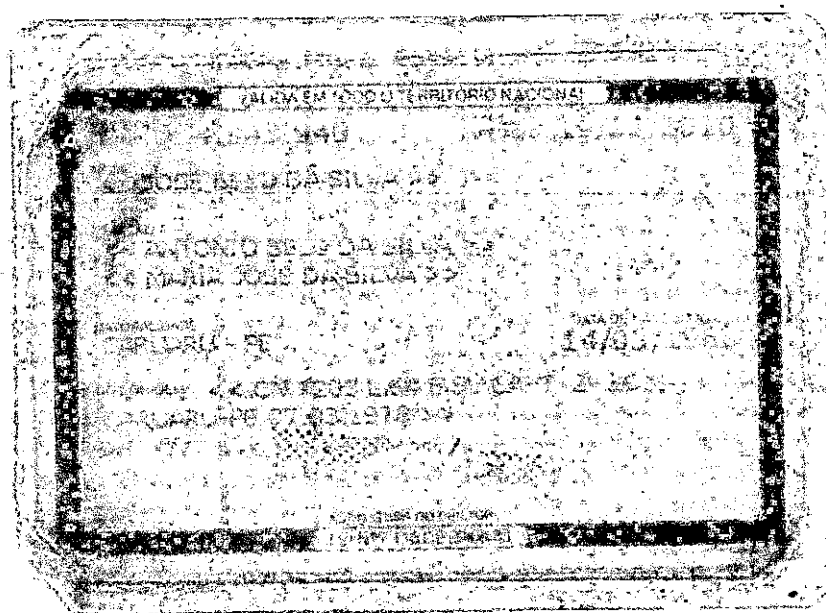
Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



José Belo da Silva
Data de EXP. = 19.02.2010
RG = 4343940



CPF =

Nasc = 14/03/1968

SDS - PE.

9 - 8129-5895 - vivo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA POLÍCIA

01R07

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.543.940

19/02/2010

JOSE BELO DA SILVA

ANTONIO BELO DA SILVA

MARIA JOSE DA SILVA

14/03/1968

SIGNATURA DO DIRETOR

LEINº 7110 DE 29/08/63

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1560914109



PROIBIDO PLASTIFICAR
1560914109

NOME ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 5274229-882 PE		
CPF 628.462.994-04	DATA NASCIMENTO 11/01/1973	
FILIAÇÃO SEVERINO FIRMINO DA SI LVA MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA		
EMISSÃO	ACC	CAT. HAB
VALIDADE	HABILITAÇÃO	
03911656616	26/12/2022	18/08/2006

OBSERVAÇÕES
RAR

Rosemeri Formosina da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CARUARU, PE	DATA EMISSÃO 05/01/2018
----------------------	----------------------------

[Signature]
Diretor Presidente
85442030980
PE079654630
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

ARUANA SEGURODORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014488273986

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 514129670 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JOSE BELO DA SILVA

CARUARU-PE

CPF / CNPJ 749.822.304-04 PLACA FGT5523

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 932KD0510CR557733

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA / PAR 150 - PROS 150 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL. 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS

IPVA 2019 QUITADO 1º *****

FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80,11 IOF (R\$) 0,32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84,58 DATA DE PAGAMENTO 05/02/19

OBSERVAÇÕES AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

LOCAL CARUARU DATA 06/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRON

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460839/19

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

CPF: 749.822.304-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE BELO DA SILVA : 749.822.304-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

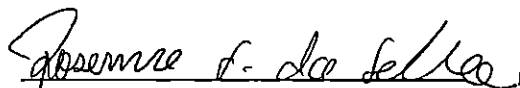
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

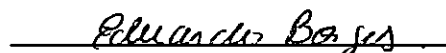
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04


ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190710977

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do acidente: 05/10/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS NASAIS

Descrição do exame físico: APRESENTA GRANDE DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO PELO NARIZ DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA SEM DEMAIS A RELATAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS , DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190710977

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do acidente: 05/10/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS NASAIS

Descrição do exame físico: APRESENTA GRANDE DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO PELO NARIZ DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA SEM DEMAIS A RELATAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS , DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190710977 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BELO DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE COM FRATURA COMPLEXA EM REGIÃO DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.1(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190710977 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BELO DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE COM FRATURA COMPLEXA EM REGIÃO DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.1(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: José Belo da Silva
 Nacionalidade: Brasileiro / Estado civil: Solteiro
 Profissão: Pedreiro
 Identidade: 4.343.940 CPF: 749.822.304-04
 Endereço: TV. Prof. Adelia Leal Nº 41 B. Petrópolis
 Caruaru - PE CEP = 55030-151

OUTORGADO:

Nome: Rosemere Fernandes da Silva
 Nacionalidade: Brasileira / Estado civil: Solteira
 Profissão: Autônoma
 Identidade: 6274229 CPF: 628.462.994-04
 Endereço: Rua Mestre Vitalino Nº 02, Alto do Moura
 Caruaru - PE

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Caruaru 13 Novembro 2019

LOCAL E DATA:

4º CARTÓRIO

Jose Belo da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

4º Cartório e Tabelionato Pça. Cel. Leocádio Porto, 57 - Centro - Caruaru/PE - CEP 55002-430
 Bel. Maria Regina Correia do Nascimento Fone / Fax: (81) 3722-4614 - e-mail: 4cartoriocaruaru@uol.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de: JOSE BELO DA SILVA. Caruaru/PE, 11/12/2019 09:26:25 e dou fé. Em test. da verdade. FABIANA REINALDO
 DO NASCIMENTO Substituta, Emol R\$ 3,51, TSNB R\$ 0,00, FERC R\$ 0,40, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08, ISS R\$ 0,08, Total R\$ 4,91
 Consulte autenticidade Selo: 0073734-2FC09261902.04463



Fabiana Reinaldo S. Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460839/19

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

CPF: 749.822.304-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE BELO DA SILVA : 749.822.304-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460839/19

Número do Sinistro: 3190710977

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

CPF: 749.822.304-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges