

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200294112

Vítima: DAMIAO MANOEL DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMIAO MANOEL 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, contados 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200294112 **Vítima: DAMIAO MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: 23/04/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAMIAO MANOEL 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: DAMIAO MANOEL DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001650-0

Conta: 0000029818-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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



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:

054.817.764-30

Damiao Manoel 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:

Damiao Manoel da Silva

6 - CPF:

054.817.764-30

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Bonfim

9 - Número:

35

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

zona Rural

12 - Cidade:

Bom Jardim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.730-000

15 - E-mail:

clayde.marques@yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

81-99993-2863

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

CONTA:

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

0

CONTA:

29 818

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância 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 Sim Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer): 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 Lider 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bom Jardim, 03 de Julho de 2020.
X Damiao Manoel da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03/06/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:27:02
165015378 0075
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: DAMIÃO MANOEL DA SILVA
AGENCIAS: 1650-0 CONTA: 29.818-2
DATA: 03/06/2020
NR. DOCUMENTO: 16.501.537.600.075
VALOR DINHEIRO: 20,00
VALOR TOTAL: 20,00

NR. AUTENTICADA: 6.274.944.15E.419.912
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMAÇOES.

conta corrente

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **3200254181** 3 - CPF da vítima: **054.817.764-30** 4 - Nome completo da vítima: **Damiao Manoel 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: **Damiao Manoel da Silva** 6 - CPF: **054.817.764-30**
 7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Sítio Bonfim** 9 - Número: **35** 10 - Complemento: **Casa**
 11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **Bom Jardim** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.730-000**
 15 - E-mail: **cleide.marques@yahoo.com.br** 16 - Tel. (DDD): **81-99993-2863**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA:

CONTA:

(2)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância 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 da morte 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varíasez): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Bom Jardim, 01 de agosto de 2020**

X Damiao Manoel da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03/06/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:27:02
165015378 0075
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: DAMIÃO MANOEL DA SILVA
AGÊNCIA: 1650-0 CONTA: 29.818-2

DATA 03/06/2020
NR. DOCUMENTO 16.501.537.800.075
VALOR DINHEIRO 20,00
VALOR TOTAL 20,00

NR. AUTENTICAÇÃO 6.274.044.156.413.912
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

Conta Corrente



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0207000278**

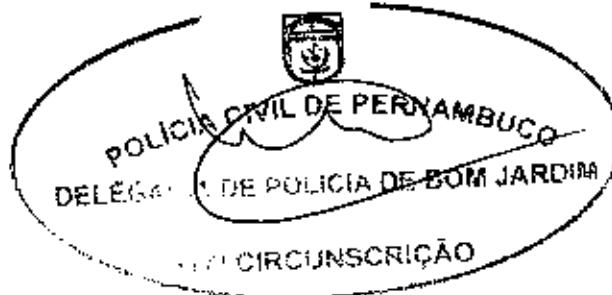
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2020** às **11:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 23/4/2020 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SITIO POÇO FUNDO DE BOM JARDIM-PE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ENTRADA DA ACADEMIA DA CIDADE DE BOM JARDIM-PE**.
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
COSMO MANOEL DA SILVA (OUTRO)
DAMIAO MANOEL DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DAMIAO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANISE FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO** Pai: **SEVERINO MANOEL FILHO** Data de Nascimento: **18/10/1984** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6923436/SDS/PE (RG), 05481776430 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Fixos:

- 97737652

Telefones Celulares:

- 97737652

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 35, SITIO BONFIM DE BOM JARDIM-PE** - CEP: **55730000** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO BONFIM**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

COSMO MANOEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANISE FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO** Pai: **SEVERINO MANOEL FILHO** Data de Nascimento: **18/10/1984** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6923435/SDS/PE (RG), 05221193442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 51, RUA -B- ALTO DO PARAISO DE BOM JARDIM-PE** - CEP: **55730000** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **COSMO MANOEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAMIAO MANOEL DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGL9513** (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: **971805318** Chassi: **9C2KC08108R210257**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOL/GNV**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA RODOVIA LOCAL, NA ALTURA DO SITIO POÇO FUNDO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO UM CAMINHÃO DA COCA-COLA, DE PLACA E MOTORISTA NÃO ANOTADOS, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, AO FAZER UMA CURVÁ ACENTUADA, INVADIU A FAIXA CONTRÁRIA, ATINGINDO A MOTO QUE A VITIMA CONDUZIA, CAUSANDO-LHE LESÕES E ESCORIAÇÕES E DANOS NA MOTOCICLETA. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU LOCAL PARA O HOSPITAL DE BOM JARDIM, E EM SEGUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA.

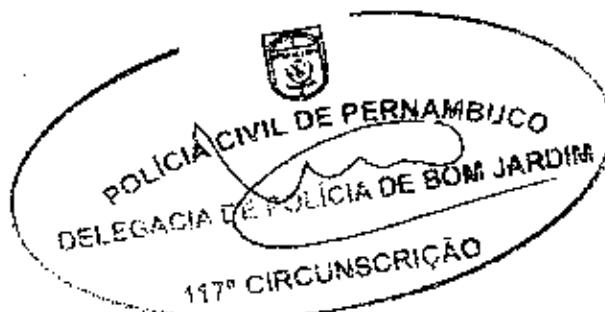
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

DAMIAO MANOEL DA SILVA

(VITIMA)

Damiao manel da Silva

B.O. registrado por: **MANOEL BEZERRA DA COSTA** - Matrícula: **3810240**





ASL-0200210/20
17/08/2020 18:54:33
jsm.0800

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 117ª CIRCUNSCRICAO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0207000278**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2020** às **11:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/4/2020** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SITIO POÇO FUNDO DE BOM JARDIM-PE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ENTRADA DA ACADEMIA DA CIDADE DE BOM JARDIM-PE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
COSMO MANOEL DA SILVA (OUTRO)
DAMIAO MANOEL DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DAMIAO MANOEL DA SILVA

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

DAMIAO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANISE FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO** Pai: **SEVERINO MANOEL FILHO** Data de Nascimento: **18/10/1984** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6923436/SDS/PE (RG), 05481776430 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Fixos:

- 97737652

Telefones Celulares:

- 97737652

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 35, SITIO BONFIM DE BOM JARDIM-PE - CEP: 55730000 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO BONFIM**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

COSMO MANOEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANISE FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO** Pai: **SEVERINO MANOEL FILHO** Data de Nascimento: **18/10/1984** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6923435/SDS/PE (RG), 05221193442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 51, RUA -B- ALTO DO PARAISO DE BOM JARDIM-PE - CEP: 55730000 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **COSMO MANOEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAMIAO MANOEL DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGL9513** (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: **971805318** Chassi: **9C2KC08108R210257**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOL/GNV**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA RODOVIA LOCAL, NA ALTURA DO SITIO POÇO FUNDO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO UM CAMINHÃO DA COCA-COLA, DE PLACA E MOTORISTA NÃO ANOTADOS, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, AO FAZER UMA CURVA ACENTUADA, INVADIU A FAIXA CONTRÁRIA, ATINGINDO A MOTO QUE A VITIMA CONDUZIA, CAUSANDO-LHE LESÕES E ESCORIAÇÕES E DANOS NA MOTOCICLETA. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU LOCAL PARA O HOSPITAL DE BOM JARDIM, E EM SEGUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA.

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

DAMIAO MANOEL DA SILVA

(VITIMA)

Damiao manoel da Silva

B.O. registrado por: **MANOEL BEZERRA DA COSTA** - Matrícula: **3810240**



*ASL-0200210/20
jsm.0800
17/08/2020 18:54:33*

*ASL-0200210/20
jsm.0800
17/08/2020 18:54:33*

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **3200254181** 3 - CPF da vítima: **054.817.764-30** 4 - Nome completo da vítima: **Damiao Manoel 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: **Damiao Manoel da Silva** 6 - CPF: **054.817.764-30**
 7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Sítio Bonfim** 9 - Número: **35** 10 - Complemento: **Casa**
 11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **Bom Jardim** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.730-000**
 15 - E-mail: **cleide.marques@yahoo.com.br** 16 - Tel. (DDD): **81-99993-2863**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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)

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

AGÊNCIA: **1650** CONTA: **29.818** (2)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância 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 da morte da vítima: _____
 25 - 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 (varíasez)? 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 Lider 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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

40 - Local e Data, **Bom Jardim, 01 de agosto de 2020**

X Damiao Manoel da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 24/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO MANOEL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01650-0

CONTA: 000000029818-2

Nr. da Autenticação 2308F55137C20EBC

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Domingos Manoel da Silva,

RG nº 6.923.436, data de expedição 02/10/2001, Órgão SDS/PE,

CPF nº 054.817.764-30, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar a de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguidamente, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Bonfim</u>
Número	<u>35-A</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-99993-2863</u>
E-mail	<u>cleide.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 03 de Julho de 2020.

Assinatura do Declarante:

Domingos Manoel da Silva

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Damiao Manoel da Silva

RG nº 6.923.436, data de expedição 02/10/2001, Órgão SIS/PE,
CPF nº 054.817.764-30, venho perante a este Instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprovatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Bonfim</u>
Número	<u>35</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-9.9993-2863</u>
E-mail	<u>Cleyde.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 04 de agosto de 2020

Assinatura do Declarante: X Damiao manuel da Silva

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João do Barroso, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50020-002
CNPJ 10.335.032/0001-95 | Insc Est 000543-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE:
ELEXISANDRA MARGARIDA TAVARES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI BOM FIM 35 - A CAS

CPF: 015.522.654-46 NIS: 21207998034

ZONA RURAL BOM JARDIM/BOM JARDIM R
BOA JARDIM PE
55730-000

RESIDENCIAL
BAIXA RENDA.COM.NS
Monofásico

03591.002.00043.127-1	1028813054	UNICA	26/05/2020
1028813054	789150020	2012687477	00047221

7034471139	05/2020
30/06/2020	25/08/2020
	12:59

Consumo TUSO até 30 kWh	30.000000	Preço p/100	0,00
Consumo TUSO superior a 30 até 100 kWh	55.000000	0,00000002	0,00
Consumo TE até 30 kWh	30.000000	0,00000003	0,00
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh	55.000000	0,00000007	0,00
Consumo, sum. Pública Municipal			1,59

TOTAL DA FATURA - 2,59

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITORIA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DÍAS	CONSTANTE	FAIXA DE	CONSUMO (kWh)
31012H612	CAT	14/04/2020	291,00	28/05/2020	314,00	15	1,000000	1,59	0,00

DATA	TIPO DE FAIXA	VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DE	VALOR DE
MAR/20	ES			0,00	0,00%
ABR/20	ES	ICMS	0,00	0,00	0,00%
MAR/20	ES	PIS	0,00	0,00	0,00%
FEV/20	ES	COFINS	0,00	0,00	0,00%
MAR/20	SI			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
FEV/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
DEZ/19	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT			0,00	0,00%
ABR/20	AT			0,00	0,00%
MAR/20	AT				

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200294112 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 23/04/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA (P.6,8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5)

ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cosmo Manoel da Silva,
RG nº 6.923.435, data de expedição 02/10/2001,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 052.211.934-42, com
domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Manoel Marauí/ha, nº 585,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Damico Manoel da Silva, cujo o condutor era
Damico Manoel da Silva.

Veículo: Motocicleta Honda CG 150 Titan KS

Modelo: 2008

Ano: 2008

Placa: KGL-9513

Chassi: 9C2KC08108R210257

Data do Acidente: 23/04/2020.

Local e Data: Bom Jardim, 03 de julho de 2020.

Cosmo manoel da Silva

Assinatura do Declarante

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

Cartório Sergio Vasconcelos

Rua Olívia Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - CEP 56790-000
Tel (81) 3928-1510

Reconhecido por Cartório Sergio Vasconcelos firmado por COSMO MANOEL DA SILVA
Bom Jardim, 3 de Julho de 2020, para testemunha da
verdade, JOSÉ MARCOS DA SILVA BEZERRA,
escrivente autorizado emol. nº 55
RENC/PE/0004 - RSN/RE/0004 - Total/PE
4.79, sello. 0071596, REU/320200190152, Consulte
autenticidade em www.tjpe.jus.br digital

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cosmo Manoel da Silva

RG nº 6.923.435, data de expedição 02/10/2001.

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 052.211.934-42, com domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Manoel Maravilha, nº 585,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Damico Manoel da Silva, cujo o condutor era Damico Manoel da Silva.

Veículo: Motocicleta Honda CG 150 Titan KS

Modelo: 2008

Ano: 2008

Placa: KGL-9513

Chassi: 9C2KC08108R210257

Data do Acidente: 23/04/2020

Local e Data: Bom Jardim, 03 de julho de 2020.

Cosmo Manoel da Silva

Assinatura do Declarante

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





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Damião Manoel da Silva, Filho de Severino Manoel Filho e Ivanise Filomeno de Vasconcelos Filho. Sexo Masculino, 35 anos, RG 6.923.436, CPF 054.817.764-30, residente no Sítio Bom Fim, Zona Rural, Bom Jardim – PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

- 23/04/2020 às 17h10, ocorrência S 788554.
- Ocorrência em via pública, não relacionada ao trabalho. A vítima era o condutor do veículo, tendo colidido com um caminhão. Vítima fazia uso de capacete e não apresentava hálito alcoólico.
- No momento do atendimento apresentava vias aéreas livres, respiração normal, pulso presente e cheio, boa perfusão periférica, saturação de O2 = 96% em ar ambiente, coloração da pele normal, estado neurológico normal (Escore de Glasgow = 15). Pressão Arterial = 120x80 mmHg, glicemia de 98 mg/dl e dor + edema + deformidade em membro inferior esquerdo.

Paciente conforme registros foi vítima de acidente automobilístico (COLISÃO COM CAMINHÃO).

Realizado PROTOCOLO DE TRAUMA E CONDUZIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, no município de Bom Jardim – PE.

Bom Jardim – PE, 21 de Maio de 2020.



Willames Batista da Silva
COREN-PE 499.974-ENF

Willames Batista da Silva
COREN-PE: 499.974 - ENF
Coordenador do SAMU Bom Jardim

BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Secretaria Municipal de Saúde

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

26

Data	23/04/2020	Hora	17:04	Registro	686706
Nome	Damião Manoel da Silva				
Endereço	St. Bons Fins		Referência		
Bairro			Cidade	BZ	
Idade	35A	Sexo	M	Cor	Profissão
Responsável					
Endereço Responsável			Fone:		
Nascimento	18/10/1984	SUS:			

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

AGRESSÃO

POR	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Espaçoamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

AUTO AGRESSÃO / SUÍCÍDIO

<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

LOCAL DE OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

QUEIXAS

Fratura em M16 de alto impacto L1.
Sens. Síntesis de T6.

EXAME FÍSICO

glengau 18/15

PA 120	PESO	FC 90	PULSO	TEMPERATURA
--------	------	-------	-------	-------------

180,00 kg, orientada, afivel e eugene

SGV e RR NDA.

Scal. esp. em M16 s/ perda óssea e esp. da patela

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Motilização de região cervical indolor.

① Fratura exp. em M16 (fíbro)

PROCEDIMENTOS

① Triangular Q1 e G1000
② SBL 1000 ml Fr. 1000 ml / Senha 5927447

CÓDIGO

MÉDICO RESPONSÁVEL



HOSPITAL MUNICIPAL Dr. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 10.293.074/0001-17

FICHA DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nome do acidentado Damílio Manoel da Silva

Matrícula

Endereço ST. Isacim

Cidade Bom Jardim

Data de Nascimento 18/10/1984 Cor:

Naturalidade

Data do Atendimento 23/04/2020 Hora do atendimento:

Descrições das lesões:

fratura exposta em M15 (11ho) + escoriação
e ferimento no mesmo membro + exposição óssea
do patela.
Sem outras lesões importantes.

Responsável pelo Paciente:

Bom Jardim, 23 de Abril de 2020
José Ferreira Silva Filho
Médico
CRF-PI27046

Médico responsável

MÉDICO RESPONSÁVEL



6-01SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães 5/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

NOME: DAMIÃO MANOEL DA SILVA

REG: 390055	ENF: 30	LEITO: 03
-------------	---------	-----------

DATA DE ENTRADA: 23/04/2020	DATA DE SAÍDA: 04/05/2020
--------------------------------	------------------------------

**DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA EXPOSTA DE TÍbia
PROXIMAL**

DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO

**EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE RECEBE ALTA
PARA TRATAMENTO CONSERVADOR**

- SE SINTOMAS, PROCURAR EMERGÊNCIA

Dr. Ageu Saraiva
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 28577

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA GERAL

- ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO

PACIENTE: DAMIÃO MANOEL DA SILVA

EXAME: RAIOS X Perna e AP/P

DATA: 21/05/2020

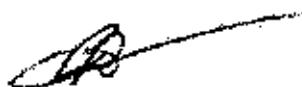
SOLICITANTE:

CONVÊNIO: PART.

LAUDO RADIOLÓGICO

RAIOS X Perna e AP/P

- Fratura na porção proximal da tíbia sem deslocamento acentuado de fragmentos ósseos.
- Relações articulares preservadas.
- Aumento da densidade em partes moles no terço proximal da perna.



DR. BRUNO ROCHA
MÉDICO RADIOLÓGISTA
CRM-PB 8291



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME: DAMIÃO MANOEL DA SILVA	REGISTRO:
	390055
CLÍNICA: ORTOPEDIA	LEITO:19-01

SOLICITAÇÃO DE EXAMES / RECEITUÁRIO

RADIOGRAFIA DE Perna Esquerda AP E PERFIL
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO AP E PERFIL

FAZER ANTES DA CONSULTA DE AMBULATÓRIO

Dr. Agel Saraiya
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 29577



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

DAMIÃO MANOEL DA SILVA

PRONTUÁRIO Nº: 390055

ALTA HOSPITALAR EM: 04/05/2020

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA JOELHO EM 30 DIAS

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

*Dr. Ageu Saravia
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 29577*

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE
- C. SE PRECENDER PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NESTA TEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

VISTO - CHEFIA DO AMBULATÓRIO

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

**INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA
SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE**

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado **DAMIÃO MANOEL DA SILVA**

Portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____

necessita de 60 (SESSENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

*Dr. Ageu Saravia
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 29577*

Recife, 04/05/2020

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA OS FINALIDADES PREVISTAS PELA ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO MCTRETO N.º 001 DE 14-03-57 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICAÇÃO DE 61 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOOME COMPLETO: CRM-PE:	<i>Dr. Ageu Saralva Médico Residente Osteopatia / Traumatologista CRM-PE 29571</i>	
PACIENTE: DAMIÃO MANOEL DA SILVA		
ENDERECO:		
PRESCRIÇÃO: USO CP 84		
CLUNDIAMICINA 300MG ----- 162CP 02CP, VO, DE 8/8H, POR 28 DIAS		
04/05/2020		

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NAME	
IDENTIDADES _____ ORG. _____ OR. _____	
ENDO _____	
CEP _____	
FO. _____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Damião Manoel da Silva, Filho de Severino Manoel Filho e Ivanise Filomeno de Vasconcelos Filho. Sexo Masculino, 35 anos, RG 6.923.436, CPF 054.817.764-30, residente no Sítio Bom Fim, Zona Rural, Bom Jardim – PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

- 23/04/2020 às 17h10, ocorrência S 788554.
- Ocorrência em via pública, não relacionada ao trabalho. A vítima era o condutor do veículo, tendo colidido com um caminhão. Vítima fazia uso de capacete e não apresentava hábito alcoólico.
- No momento do atendimento apresentava vias aéreas livres, respiração normal, pulso presente e cheio, boa perfusão periférica, saturação de O₂ = 96% em ar ambiente, coloração da pele normal, estado neurológico normal (Escore de Glasgow = 15). Pressão Arterial = 120x80 mmHg, glicemia de 98 mg/dl e dor + edema + deformidade em membro inferior esquerdo.

Paciente conforme registros foi vítima de acidente automobilístico (COLISÃO COM CAMINHÃO).

Realizado PROTOCOLO DE TRAUMA E CONDUZIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, no município de Bom Jardim – PE.

Bom Jardim – PE, 21 de Maio de 2020.

Willames Batista da Silva
COREN-PE 499.974 - ENF
Coordenador do SAMU Bom Jardim

BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Secretaria Municipal de Saúde

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

26

Data: 23/04/2020	Horas: 17:04	Registro: 686206
Nome: Damião Manoel da Silva		
Endereço: St. Bento	Referência	
Idade: 35	Sexo: M	Cor: Profissão:
Responsável:		
Endereço Responsável:		Fone:
Nascimento: 19/10/1984 SUS:		

DADOS DO ACIDENTE/DO AGRESSOR

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
ACOCHO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

AGRESSÃO

VER	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Espionamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
ACOCHO	<input type="checkbox"/> Assalto Bruto	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

PROFISSÃO	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
-----------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO

<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Bruxas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

LOCAL DE OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

DEIXAIS:

1a ameaça em MTE de alta impacto 16/41
Sem Socorro de 16/6

CAUSAS FÍSICAS: glauco 16/15

PESO: 58	FC: 90	PULSO:	TEMPERATURA:
----------	--------	--------	--------------

300, ventoso, afastado e ensolarado

ACV e RR NDA

ENT. EXP. 16/15 e perda óssea e exp. da fetulada

PÓTESE: DIAGNÓSTICO: Moltíssimas degenerações ósseas

① fratura exp. em MTE (16/41)

PROCEDIMENTOS:

D. Tiamal 01 grana

D. Scl. 100ml Enx

EDÍCIO RESPONSÁVEL:

comido

AG. HGT - Traumato

Senha: 5927444

PRÉFÉTURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 10.293.074/0001-17

FICHA DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nome do acidentado Damílio Manoel da Silva

Matrícula

Endereço St. Francisco

Cidade Bom Jardim

Data de Nascimento 18/10/1984

Cor:

Naturalidade

Data do Atendimento 23/04/2020 Hora do atendimento:

Descrições das lesões:

Fracta exposte em mt.5 (tíbia) + escavação
e ferimento na mesma perna + exposta óssea
da patela.
Sem outras lesões importantes

Responsável pelo Paciente:

Bom Jardim, 23 de Abril de 2020
José Ferreira Belo Filho
Médico
CRF 927044

Médico responsável

MÉDICO RESPONSÁVEL



PREFEITURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
PREFEITURA MUNICIPAL DO BOM JARDIM

GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Destino/Cidade: Ribeirão Preto

Senha: 5927449 Hospital: HOF - Trajano

Nome do Paciente: Daniela manuel da Silva

Idade: 35 Endereço: _____

HDA: trauma em m/SE b/ th (caminhão empurrou a pessoa contra a moto). Não chegou a cair da moto. Refere dg em m/SE, nega outros goux. Nega clavícula em rotura. Nega capacete. Negativa alergia em consideração

Exame Clínico: BEG, enurese de glocose 15, afoul e ex. puer.
ACV e AR ADN. FC: 900 fL: 20 PA 120x80-
Enurese exigea em MTC e/ perda óssea e ergo do fato
Escovacão e levantado com constatação em MTC.
Sem outras alterações. Mobilização de reg. do reumatismo e isquem.

HD (1) fratina do alto importa em mts
(tibio)

Medicação usada: Otogramol 50 ml

Motivo da transferência: Avaliação de Otorrinolaringologista / Traumatologista

Data: 23/04/2020

Horas: 17:35

Médico CRM



Nome: **DAMIAO MANOEL DA SILVA** Idade: **35 Anos 8 Meses 25 Dias** Nasc.: **18/10/1984**
 Sexo: **FEMININO** CNS: **700901759508212** Contatos: **81. 97737652 | Celular: 81.**
 Mãe: **IVANISE FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO**
 Endereço:
SITIO BOM FIM , N.º 1 - - BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: BOM JARDIM - UF: PE

Dados do Atendimento:
 Data/Hora Atend.: **23/04/2020 07:57**
 Prontuário: **390055**
 Nº. Atendimento: **3448809**
 Serviço: **ORTOPEDIA E**
Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO III-30-03
Médico:
DILAMAR MOREIRA PINTO

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03448809	00390055
NOME DO PACIENTE:		SITUAÇÃO CIRURGIA:	
DAMIAO MANOEL DA SILVA			
TIPO DE ANESTESIA:	COM CEC: COM ROBÓTICA:		
RAQUI ANESTESIA			
CÓD FINAL:			
FRATURA DA DIAPISE DA TIBIA - 5822			
Procedimento			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAPISE DA TIBIA - 0408050500			
Material:			
CATA / HORA INICIAL:	DATA / HORA FINAL:		
24/04/2020 14:30	24/04/2020 16:00		
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA:			
CIRURGIÃO: RÓBERTO WANDERLEY. 1 AUX.: HERVELTO ALEXANDRE ANESTÉSISTA: CECILIA			
1. ASSESSIA + ANTESEPSIA 2. APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS 3. EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA EM FACE LATERAL DA TIBIA ESQUERDA, NÃO EVIDENCIADO LESÃO IMPORTANTE DA TUBEROSIDADE DA TIBIA E LIGAMENTO PATELAR (APARELHO EXTENSOR INTEGRAL) 4. CURETADE EM OSSA, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, LIMPEZA RIGOROSA COM SF 0,9% 5. APOSIÇÃO DE FRAGMENTO OSSO DE CORTICAL LATERAL DA TIBIA + SUTURA DE APROXIMAÇÃO COM VICRYL 0 6. SUTURA DE PELE E SUBCUTÂNEO COM VICRYL 0 E MONONYLON 2.0 7. AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO ARTICULAR EM JOelho ESQUERDO 8. EXPLORAÇÃO DIGITAL DE SUPERFÍCIE ARTICULAR PATELAR, NÃO EVIDENCIADO LESÕES. 9. LIMPEZA RIGOROSA ARTICULAR E TECIDOS MOLES ADJACENTES COM SF 0,9 10. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS 11. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 0 E MONONYLON 2.0 12. CURATIVO COMPRESSIVO 13. TALA COXOPODALICA			



6-01SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Gulmarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

NOME: DAMIÃO MANOEL DA SILVA

REG: 390055	ENF: 30	LEITO: 03
-------------	---------	-----------

DATA DE ENTRADA:	DATA DE SAÍDA:
23/04/2020	04/05/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA

PROXIMAL

DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO

**EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE RECEDE ALTA
PARA TRATAMENTO CONSERVADOR**

SE SINTOMAS, PROCURAR EMERGÊNCIA

Ageu Saraiwa
Médico Residente
Oncologia - Hematologia
CRM-PE 29577



Nome: OMAR MANOEL DA SILVA Idade: 35 Anos 8 Meses 25 Dias Nasc.: 19/10/1984
Sexo: FEMININO CNS: 708901759588212 Contatos: 81. 97737652 | Celular: 81.
Mãe: IVANISE FILÔMENO DE VASCONCELOS FILHO
Endereço: SITIO BOM FIN , N.º 1 - ; BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: BOM JARDIM - UFI: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 29/06/2020 10:26
Pronutário: 390055
Nº. Atendimento: 3457083
Serviço:
Enfermaria/Leito:
Médico:
SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Admissão

— Queixa Principal

ACIDENTE DE MOTO EM 23/04/2020 , EM TTO DE FRATURA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA COM GESSO PTB

— História Clínica

ACIDENTE DE MOTO

— Exame Físico

EGO, CONSCIENTE, SIME DEAMBULANDO + PO CICATRIZADA

— Observações

RETIRADA PONITOS + SOLICITO RAIX

— Conduta

SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO - CRM: Nº.9756

Data/Hora: 29/06/2020 - 12:18

*Conselho de
CADAVERAL
SAMU/FUN*



Nome: **DAMIAO MANOEL DA SILVA** Idade: **35 Anos 8 Meses 25 Dias** Nasc.: **18/10/1984**
Sexo: **FEMININO** CNS: **708901759580212** Contatos: **01. 97737652 | Celular: 81.**
Mae: **IVANISF FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO**
Endereço: **SLTIO BOM FIM , N.º 1 - - BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: BOM JARDIM - UF: PE**

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: **25/05/2020 12:37**
Prontuário: **390055**
Nº. Atendimento: **3452492**
Serviço:
Enfermaria/Lacto:
Médico:
SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Admissão

— Quela Principal

**RELATA ACIDENTE DÉ MOTO EM 23/04/2020 , EM TTO DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA PROXIMAL ESQUERDA , RETORNA COM
GESSO PTO + JANELA ANTERIOR PROXIMAL**

— História Clínica

RELATA ACIDENTE DÉ TRANSITO

— Exame Físico

EGR,CONSCIENTE SIME FO SEM SECREÇÕES

— Observações

SOLICITO RX

— Conduta

SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO - CRM: Nº.9756

Data/Hora: 25/05/2020 - 13:32

*Conforme
CADASTRADO
NAME/CPF*



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas
Ambulatório Dr. José Queiroga

Nome: DAMIAO MANOEL DA SILVA Idade: 35 Anos 8 Meses 25 Dias Nasc.: 18/10/1984
Sexo: FEMININO CNS: 708901759586212 Contatos: 81. 97737652 | Celular: 81.
Mae: IVANISE FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO SITIO BOM FIM , N.º 1 - - BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: BOM JARDIM - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data do Atendimento: 13/07/2020
Prontuário: 390055
Nº. Atendimento: 3459238
Tipo de Marcação: PRIMEIRA VEZ ,
Serviço:

RECEITUÁRIO

LAUDO MEDICO

PACIENTE DAMIAO MANOEL DA SILVA, 35 ANOS, COM HISTÓRIA RELATADA DE ACIDENTE DE MOTO EM 23/04/2020, SUBMETIDO A TRATAMENTO DE FRATURA DE TIBIA PROXIMAL ESQUERDA.

\$ 800

Dr. Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM: 8756

ORIENTAÇÕES

PRÉSTADOR LOGADO

SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO - CRM: nº.9756



Nome: DAMIAO MANOEL DA SILVA Idade: 35 Anos 8 Meses 25 Dias Nasc. 16/10/1984
Sexo: MASCULINO CNS: 708901759588212 Contatos: 81. 97737652 | Celular. 81.
Mãe: IVANISE FILOMENO DE VASCONCÉLOS FILHO SITIO BOM FIM , N.º 1 - BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: BOM JARDIM - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data do Atendimento: 13/07/2020
Prontuário: 390055
Nº. Atendimento: 3459235
Tipo de Marcação: PRIMEIRA VEZ
Serviço:

RECEITUÁRIO

SUJECÇÃO

FISIOTERAPIA MOTORA 20 SESSÕES

HD FRATURA DE TIBIA PROXIMAL ESQUERDA CONSOLIDADA

Dr. Silvio Macedo
Ortopedia
CRM: 9756

ORIENTAÇÕES

PRESTADOR LOGADO

SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO - CRM: N° 9756



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Damião Manoel da Silva, Filho de Severino Manoel Filho e Ivanise Filomeno de Vasconcelos Filho. Sexo Masculino, 35 anos, RG 6.923.436, CPF 054.817.764-30, residente no Sítio Bom Fim, Zona Rural, Bom Jardim – PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

- 23/04/2020 às 17h10, ocorrência S 788554.
- Ocorrência em via pública, não relacionada ao trabalho. A vítima era o condutor do veículo, tendo colidido com um caminhão. Vítima fazia uso de capacete e não apresentava hálito alcoólico.
- No momento do atendimento apresentava vias aéreas livres, respiração normal, pulso presente e cheio, boa perfusão periférica, saturação de O₂ = 96% em ar ambiente, coloração da pele normal, estado neurológico normal (Escore de Glasgow = 15). Pressão Arterial = 120x80 mmHg, glicemia de 98 mg/dl e dor + edema + deformidade em membro inferior esquerdo.

Paciente conforme registros foi vítima de acidente automobilístico (COLISÃO COM CAMINHÃO).

Realizado PROTOCOLO DE TRAUMA E CONDUZIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, no município de Bom Jardim – PE.

Bom Jardim – PE, 21 de Maio de 2020.


Willames Batista da Silva
COREN-PE 499.974 ENF

Willames Batista da Silva
COREN-PE: 499.974 - ENF
Coordenador do SAMU Bom Jardim

BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Secretaria Municipal de Saúde

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

26

Data	23/04/2020	Hora	17:04	Registro	686706
Nome	Dâniel Manoel da Silva		Referência		
Endereço	ST. Bons Fins				
Bairro			Cidade	BZ	
Idade	35A	Sexo	M	Cor	Profissão
Responsável					
Endereço Responsável			Fone:		
Nascimento	19/10/1984		SUS:		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

AGRESSÃO

POR	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

AUTO AGRESSÃO / SUCÍDIO

<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

LOCAL DE OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

QUEIXAS

Pranha em m^{te} de alto aspecto h¹¹.
Sem sinus de T66.

EXAME FÍSICO

PA 120	PESO	FC 90	PULSO	TEMPERATURA
--------	------	-------	-------	-------------

36,6, evitado, afim e suspira

ACV e RR NDA

frat. esp. m^{te} s/ perda óssea e esp. de rotula

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA Motilização de região cervical indolor.

① fratura esp. m^{te} (tibio)

PROCEDIMENTOS

① Tramal qd. 500 mg	CÓDIGO
---------------------	--------

② SBL 1000 ml Fr

AQ: HOF - Traumato
José Maria da Silva Filho
Senha: 5927444

MÉDICO RESPONSÁVEL

PREFEITURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 10.293.074/0001-17

FICHA DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nome do acidentado Damião Manoel da Silva

Matrícula

Endereço ST. Bonsucesso

Cidade Bom Jardim

Data de Nascimento 18/10/1984 Cor:

Naturalidade

Data do Atendimento 23/04/2020 Hora do atendimento:

Descrições das lesões:

fratura exposta em M15 (tíbia) + escorvada
e furto no mesmo membro + exposta ossaria
do patela.
Sem outras lesões importantes.

Responsável pelo Paciente: _____

Bom Jardim, 23 de Abril de 2020
José Ferreira Silva Figueira
Médico
CRM 27942

Médico responsável



6-01SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

NOME: DAMIÃO MANOEL DA SILVA

REG: 390055	ENF: 30	LEITO: 03
-------------	---------	-----------

DATA DE ENTRADA: 23/04/2020	DATA DE SAÍDA: 04/05/2020
--------------------------------	------------------------------

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA
PROXIMAL

DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE RECEBE ALTA
PARA TRATAMENTO CONSERVADOR

- SE SINTOMAS, PROCURAR EMERGÊNCIA

Dr. Ageu Saraiva
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 29577

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA GERAL

- ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO

PACIENTE: DAMIÃO MANOEL DA SILVA

EXAME: RAIOS X Perna e AP/P

DATA: 21/05/2020

SOLICITANTE:

CONVÊNIO: PART.

LAUDO RADIOLÓGICO

RAIOS X Perna e AP/P

- Fratura na porção proximal da tibia sem deslocamento acentuado de fragmentos ósseos.
- Relações articulares preservadas.
- Aumento da densidade em partes moles no terço proximal da perna.


DR. BRUNO ROCHA
MÉDICO RADIOLÓGISTA
CRM-PB 8291



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME: DAMIÃO MANOEL DA SILVA	REGISTRO:
	390055
CLÍNICA: ORTOPEDIA	LEITO:19-01

SOLICITAÇÃO DE EXAMES / RECEITUÁRIO

RADIOGRAFIA DE Perna Esquerda AP e Perfil
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO AP e Perfil

FAZER ANTES DA CONSULTA DE AMBULATÓRIO

Dr Ageu Saraiva
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 29577



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

DAMIÃO MANOEL DA SILVA

PRONTUÁRIO Nº: 390055

ALTA HOSPITALAR EM: 04/05/2020

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA JOELHO EM 30 DIAS

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

Dr. Ageu Saraiva
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 29577

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS.
- B. TERÁ VALIDADE SÓMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE.
- C. SE PRECISAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA

SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado **DAMIÃO MANOEL DA SILVA**

Portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____

necessita de 60 (SESSENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Dr. Ageu Saraiva
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 29577
EDUCO – CRM-PE

Recife, 04/05/2020

NOTA: ESTE ATESTADO É VÍDICO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS DO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO MCTRETO Nº 0.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICAÇÃO DE 01 DIA. D. AFASTAMENTO DO TRABALHO



SES

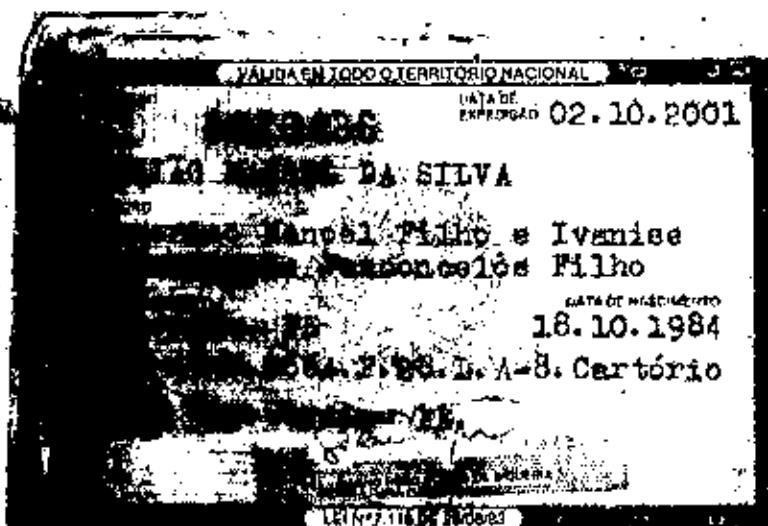
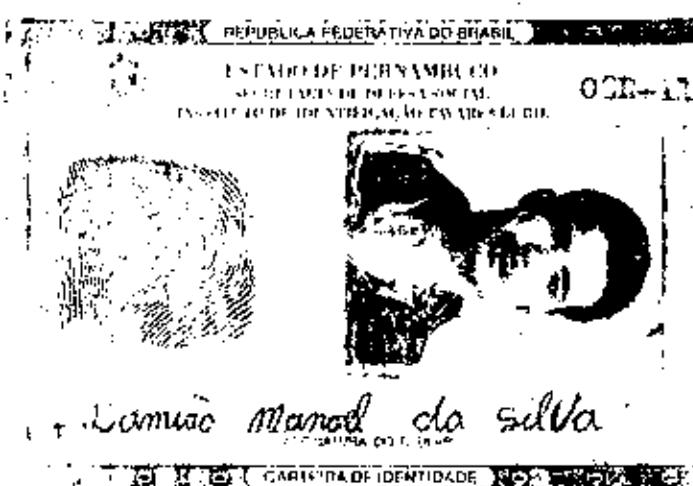
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães 5/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: CRM-PE: Dr Ageu Saraiwa Médico Residente Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 29577	
PACIENTE: DAMIÃO MANOEL DA SILVA	
ENDEREÇO:	
PRESCRIÇÃO: USO GERAL	
CLINDAMICINA 300MG _____ 10/CP 02CP, VO, DE 8/8H, POR 28 DIAS	
04/05/2020	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME IDENTIDADE _____ ENDR. _____ CIDADE _____ FONC. _____ JF: _____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /



Camilo Manoel da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE:
EB97.6ABB.EG30.02CE



Emitido pelo: Secretaria da Receita Federal do Brasil
00-006138 de dia 11/11/2010 (horas e data de Brasília)

Digitized by srujanika@gmail.com

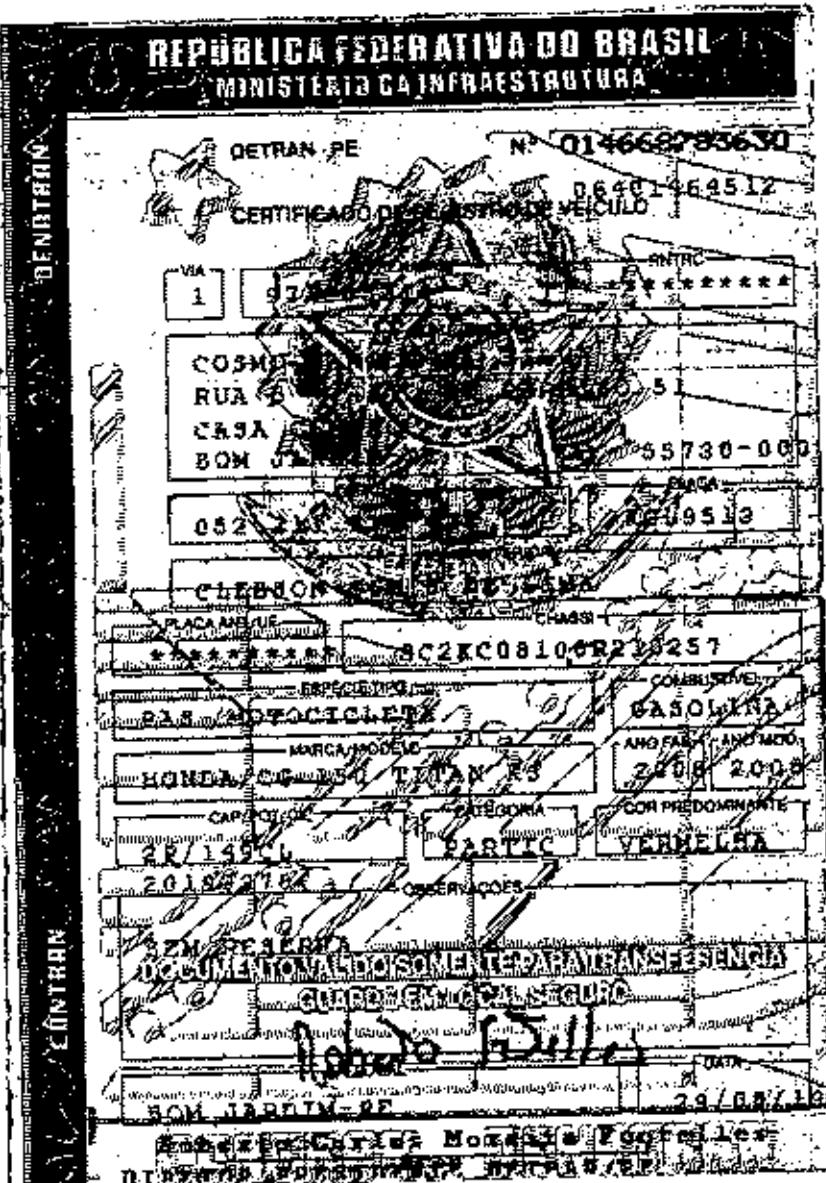
VÁLIDO SOMENTE COM CONSULTE APROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO.

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
054-817.764-30

Nome
DAMIÃO MANOEL DA SILVA

Nascimento
18/10/1984



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATRELADO

VALOR B

NOME DO COMPRADOR

89:—
CELESTE (1984)

EXPERIMENTAL

LOCAL' E DATA:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (MENDEGAR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado solidariamente pelas penalidades impostas a suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 13º - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

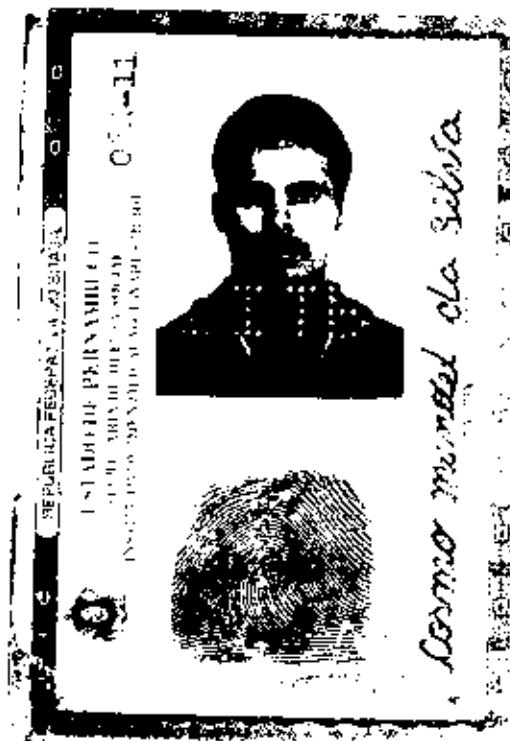
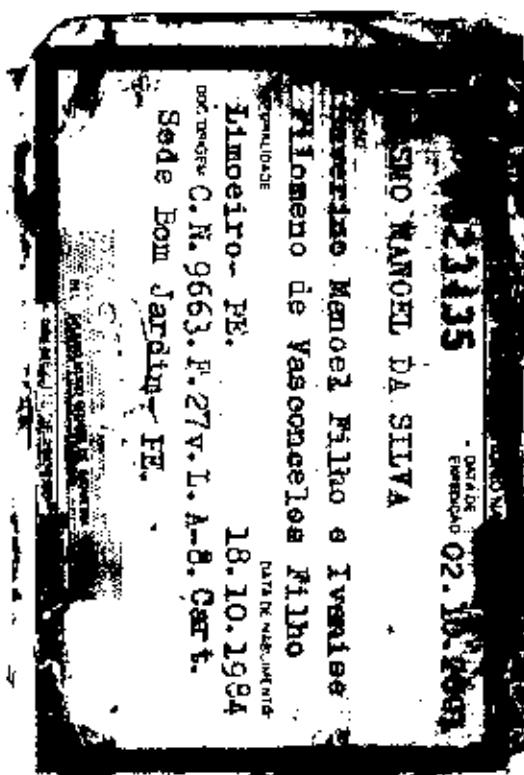
b) O edilício tem prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento formal do adquirente e do vendedor, exceto quando se tratar de AUTENTICIDADE.

DEAGGREGATION

ASTRONAUTS: 1961-1975

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO/VENDEDOR
CONFORME ART. 369 C. PG



Cosmo Manoel da Silva



Número
052.211-934-42

Nome
COSMO MANOEL DA SILVA

Nascimento
18/10/1984

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN-PE

N.º 014668783630

06401464512

CERTIFICADO DE TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

VIA

1

57

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

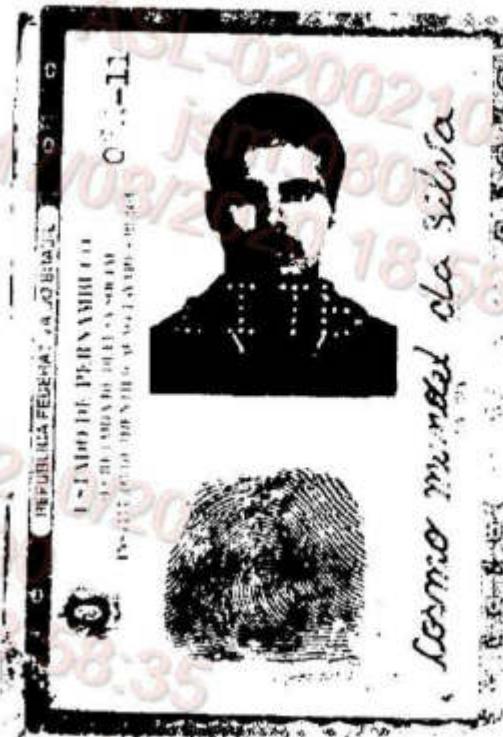
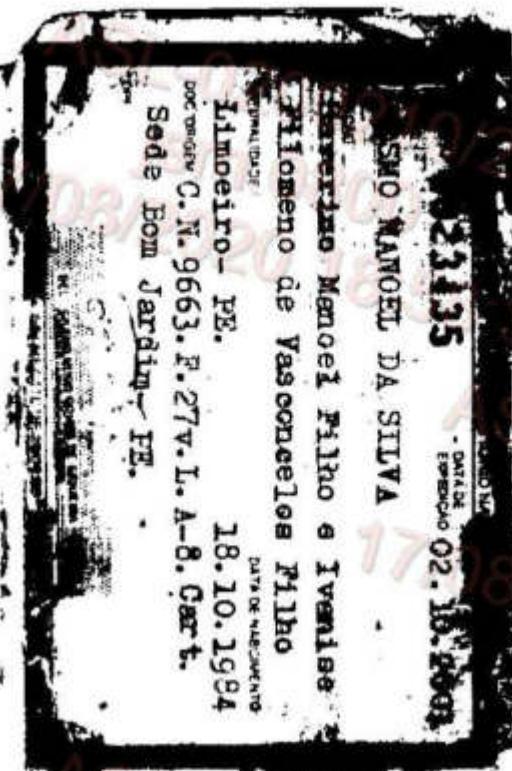
5

5

5

5

<p



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
052.211.934-42

Nome
COSMO MANOEL DA SILVA

Nascimento
18/10/1984

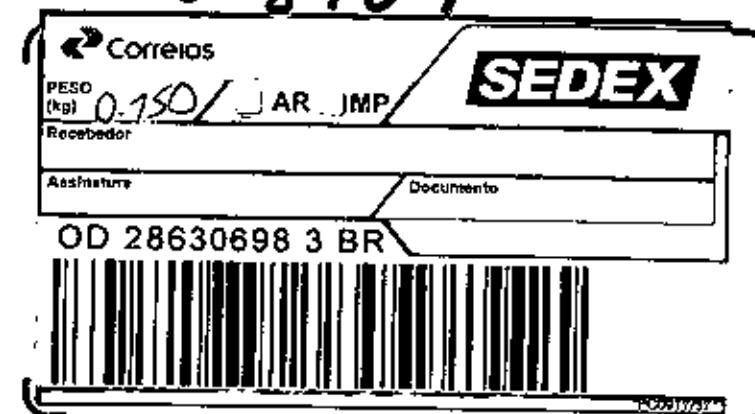


Seguro **DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito



08107



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		0800 0223204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS N° 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP Zip	20031-205	CIDADE City	RIO DE JANEIRO RJ
		UF / State	
		PAÍS / Country	
		BRASIL	

ATENDIMENTO





SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number		
DA MÍAO MANOEL DA SILVA			
ENDERECO / Address			
Sítio BONFIM N°35 A ZONA RURAL			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
55730-000	BOM JARDIM	PE	

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved) <input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused) <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown) <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undesired) <input type="checkbox"/> OUTROS (Other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent) -----
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)
1º / / às / / / 2º / / às / / / 3º / / às / / /
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico Information provided by doorman or condo manager
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / / Reinstated to service post
Data / / Responsável -----

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

- INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: *Damião Manoel da Silva*
 Data do Acidente: *23/04/20* Possui CPF: Sim Não Nº CPF: *054.817.764-30*

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
 CPF do Representante Legal (cópia simples)
 Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 Laudo de Invalidez do IML – Sim Não – original ou cópia autenticada
 Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
 Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: Sim Não
 Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: Sim Não
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
 CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
 Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: Sim Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Termo de Condiliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 Outros Documentos apresentados:

POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Damião Manoel da Silva

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal CPF do portador:

054.817.764-30

E-mail: *clayde.marcos@yahoo.com.br* Tel.: *81- 9993-2863*

Data: *03/07/2020* Assinatura: *X Damião Manoel da Silva*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): *AC OROBO*

Atendente: *JOHN LENNON* Matrícula: *85082596*

Data: *03/07/20* Assinatura: *John Lennon de Lima Silva*



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



07/08/20



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

TELEFONE / Phone Number

ENDEREÇO / Address

RUA SENADOR DANTAS N° 74, 75º ANDAR - CENTRO

CEP
Zip

20031-205

CIDADE
City

RIO DE JANEIRO

UF / State

RJ

PAÍS / Country

ATENDIMENTO





SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PEDIDO DE SEGURO DPVAT site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

ATENDIMENTO



 [dpvat_oficial](https://www.instagram.com/dpvat_oficial)  [DPVAToficial](https://twitter.com/DPVAToficial)  [DPVAToficial](https://www.facebook.com/DPVAToficial)  [seguradoralider-dpvat](https://www.linkedin.com/company/seguradora-lider-dpvat/)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
DAMIANO MANOEL DA SILVA			
ENDERECO / Address			
Sítio BONFIM N° 35 CASA ZONA RUAS			
CEP / zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
55730-000	Bom Jardim	PE	
"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"		   Tel: (81) 3204-2000	

DEVOLUÇÃO (Return) (Ch 15)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undeliverable)	<input type="checkbox"/> DUTROS (Other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1º <u> </u> às <u> </u> 2º <u> </u> às <u> </u> 3º <u> </u> às <u> </u>	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <small>Information provided by doorman or condo manager</small>	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em <u> </u>	
Data <u> </u> Responsável <u> </u>	

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

- INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Damico Manoel da Silva
 Data do Acidente: 23/04/20 Possui CPF: Sim Não N° CPF: 054.817.764-30

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
 CPF do Representante Legal (cópia simples)
 Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue gratis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 0020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Laudo de Invalidade do IML - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originals)
 Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: Sim Não
 Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: Sim Não
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
 CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
 Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Laudo Cadavérico (IML) - somente quanto solicitado - Cópia Autenticada: Sim Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Termo de Constituição (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 Outros Documentos apresentados:

PÔRTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Damico Manoel da Silva

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal

CPF do portador:

054.817.764-30

E-mail:

cleide.marques@yahoo.com.br

Tel.:

81-9933-2863

Data:

04/08/2020

Assinatura:

X Damico Manoel da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

AC OROBO - PE

Atendente:

JOHN LENNON

Matrícula:

85082546

Data:

04/08/20

Assinatura:

John Lennon de Lima Silva

À LÍDER

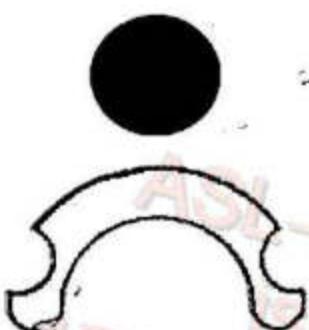
SINISTRO Nº 3200254181

Venho através do presente, solicitar da seguradora Líder, que reavalie com mais atenção o meu processo, e se possível me convoque para realização de perícia médica, pois em decorrência do acidente de trânsito que sofri no dia 23/04/2020, me encontro com sequelas, com dificuldade para caminhar, e praticar outras atividades que antes conseguia fazer. Solicito portanto, que revejam meu processo com mais atenção, e me concedam a indenização a que tenho direito. Fico no aguardo.

Bom Jardim, 03 de agosto de 2020.

DAMIAO MANOEL DA SILVA

Damiao manoel da Silva



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



08107



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

TELEFONE / Phone Number

0800 0221204

ATENDIMENTO

ENDEREÇO / Address

RUA SENADOR DANTAS N° 74, 15º ANDAR - CENTRO

CEP

20031-205

CIDADE

City

RIO DE JANEIRO

UF / State

RJ

PAÍS / Country

BRASIL





**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

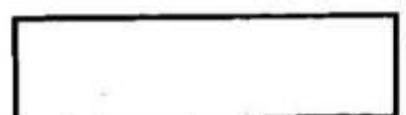


BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

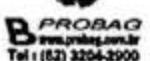
ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
DAMIAO MANOEL DA SILVA			
ENDERECO / Address			
SITIO BON FIM N° 35 A ZONA RURAL			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
55730-000	BOM JARDIM	PE	



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



www.probagn.com.br
Tel: (82) 3204-2900

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)		
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1º / / às / /	2º / / às / /	3º / / às / /
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <small>Information provided for doorman or condo manager</small>		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / <small>Reinstated to service post</small>		
Data / / Responsável - - - - -		

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

- INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: *Damião Manoel da Silva*
 Data do Acidente: *23/04/20* Possui CPF: Sim Não N° CPF: *054.817.764-30*

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
 CPF do Representante Legal (cópia simples)
 Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 Laudo de Invalidez do IML – Sim Não – original ou cópia autenticada
 Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
 Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: Sim Não
 Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: Sim Não
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
 CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
 Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: Sim Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 Outros Documentos apresentados:

POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Damião Manoel da Silva

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal

CPF do portador:

054.817.764-30

Tel.:

81- 9993-2863

E-mail:

clayde.marques@yahoo.com.br

Data:

08/07/2020

Assinatura:

X Damião Manoel da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

AC OROBO

Atendente:

JOHN LENNON

Matrícula:

85082896

Data:

03/07/20

Assinatura:

John Lennon de Lima Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200210/20

Vítima: DAMIAO MANOEL DA SILVA

CPF: 054.817.764-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: DAMIAO MANOEL DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DAMIAO MANOEL DA SILVA : 054.817.764-30

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: 17/07/2020
Nome: DAMIAO MANOEL DA SILVA
CPF: 054.817.764-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

DAMIAO MANOEL DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira