



Número: **0060713-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DAMIAO MANOEL DA SILVA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70319 953	29/10/2020 16:40	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Pag. 01591/01592 - carta_01 - INVALIDEZ

00010796



Carta nº 16041960





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

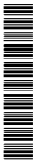
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01667/01668 - carta_15R - INVALIDEZ

00020834



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: 054.817.764-30 4 - Nome completo da vítima: Damião 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: Damião Manoel da Silva 6 - CPF: 054.817.764-30

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Bonfim 9 - Número: 35-A 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 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECURSO INFORMAR R\$1.00 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 1650 CONTA: 29818

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X Damião Manoel da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

07/7019



03/06/2020 -- BANCO DO BRASIL -- 10:27:02
165015378 0075

CUPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: DAMIAO MANOEL DA SILVA
AGENCIA: 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. AUTENTICACAO 6.274.944.15E.413.312
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

Conta Corrente



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

CLIENTE: DAMIÃO MANOEL DA SILVA
AGENCIA: 1650-0 CONTA: 29.018-2

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

PR. AUTENTICACAO: 6.274.044.15E.413.912
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

Conta Corrente





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0207000278**

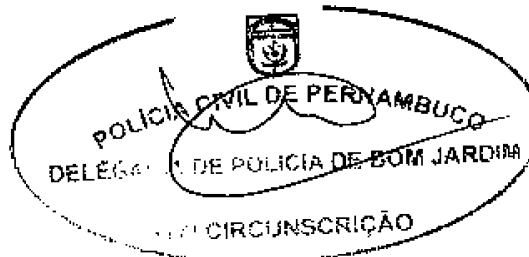
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2020** às **11:12**

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, SÍTIO 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)
DAMIÃO MANOEL DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DAMIÃO 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, SÍTIO 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): **DAMIÃO MANOEL DA SILVA**

Isers/SDS/infopol/xml/BOEP/preview.html

1/2



18/10/2020

Boletim de Ocorrência

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

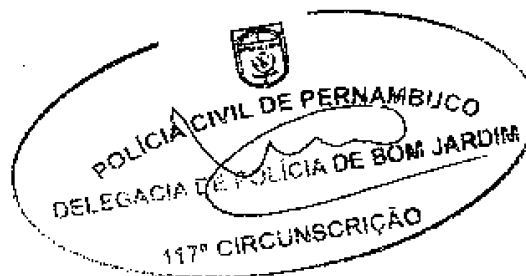
RELATA A VITIMA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA RODOVIA LOCAL, NA ALTURA DO SÍTIO POÇO FUNDO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO UM CAMINHÃO DA COCA-COLA, DE PLACA E MOTORISTA NÃO ANOTADOS, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, AO FAZER UMA CURVA ACENTUADA, INVADIU 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**





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

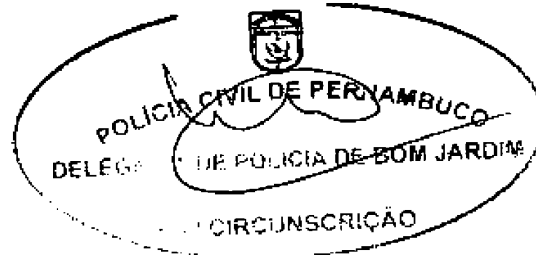
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/06/2020 às 11:12

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, SÍTIO 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:

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, SÍTIO BONFIM DE BOM JARDIM-PE** - CEP: **55730000** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO BONFIN**

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**

Isers/SDSI/infopol/xml/BOEP/preview.html

1/2



18/06/2020

Boletim de Ocorrência

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

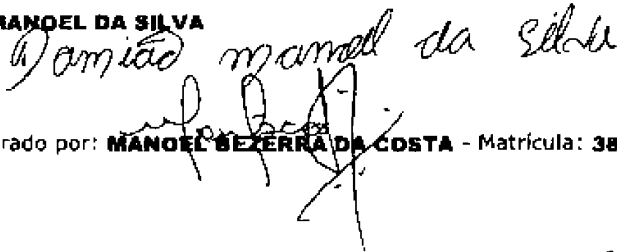
Placa: **KGL9513** (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: **971805318** Chassi: **9C2KC08108R210257**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOL/GNV**

Complemento / Observação

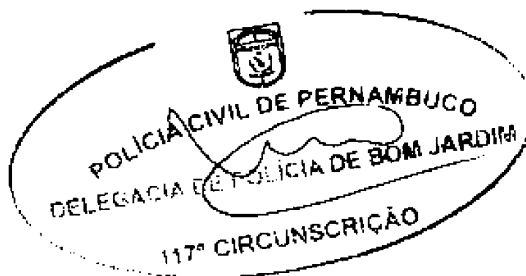
RELATA A VITIMA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA RODOVIA LOCAL, NA ALTURA DO SÍTIO POÇO FUNDO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO UM CAMINHÃO DA COCA-COLA, DE PLACA E MOTORISTA NÃO ANOTADOS, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, AO FAZER UMA CURVA ACENTUADA, INVADIU 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 SEQUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA.

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

DAMIAO MANOEL DA SILVA
(VITIMA)



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

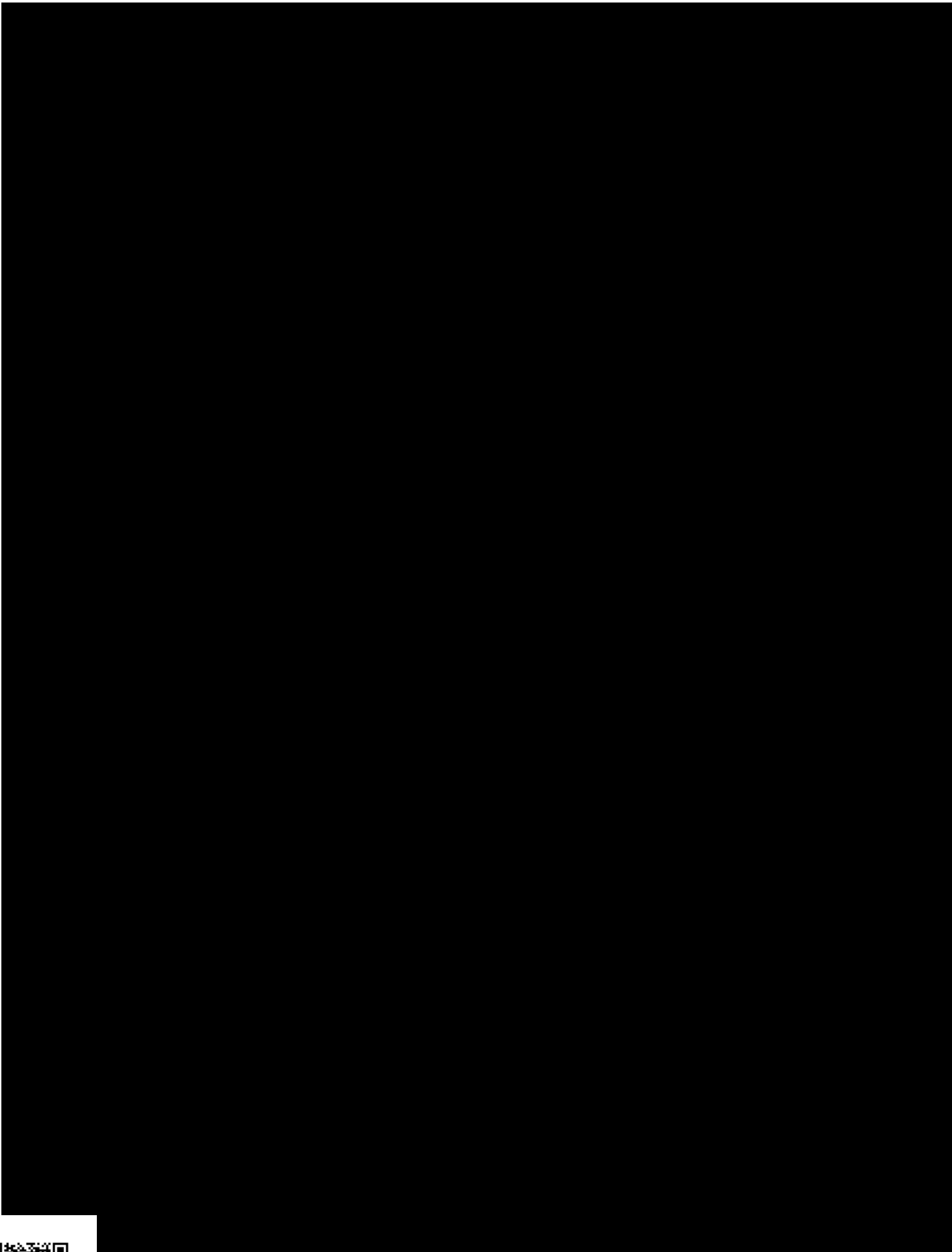


Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-300



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





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, Damião 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 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, 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>cleyde.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Damião Manoel da Silva



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Damião 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 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório 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>Cleide.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: X Damião Manoel da Silva





Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-002

DADOS DO CLIENTE: ELENABANDIRA MARGARIDA TAVARES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA: SI BOM FIM 33 - A CAS

CPF: 015.522.854-48 NIS: 21207882034

ZONA RURAL BOM JARDIM BOM JARDIM R BOM JARDIM PE 53730-000

CLASSIFICAÇÃO: B1-RESIDENCIAL BARRA-FREIXA.COM.NIS

Stamp with numbers: 7034471139, 05/2020, 30/06/2020, 25/08/2020, 2:59

Table with columns: Nº de Medidor, Tipo de Furação, Anterior, Atual, Nº de Leitura, Constante, Ajuste, Consumo (kWh)

Main consumption table with columns: Descrição, Quantidade, Preço (R\$), Valor (R\$)

TOTAL DA FATURA: 2,59

Table with columns: Nº de Medidor, Tipo de Furação, Anterior, Atual, Nº de Leitura, Constante, Ajuste, Consumo (kWh)

Table with columns: Mês, Valor, Descrição, Valor, Descrição, Valor

ATENÇÃO: O valor da fatura é baseado no consumo registrado no mês anterior...

Table with columns: Descrição, Valor, Descrição, Valor

Table with columns: Descrição, Valor, Descrição, Valor

COMO PAGAR: DATA 30/06/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 2,59



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

Valoração 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 Maravilha, nº 515,

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 Dominico Manoel da Silva, cujo o condutor era

Dominico 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 <u>23/04/2020</u>		Hora <u>17:04</u>		Registro <u>686706</u>	
Nome <u>Damiano Manoel da Silva</u>					
Endereço <u>St. Bonfim</u>			Referência		
Bairro		Cidade <u>BZ</u>			
Idade <u>33A</u>	Sexo <u>M</u>	Cor	Profissão		
Responsável					
Endereço Responsável				Fone:	
Nascimento <u>19/10/1984</u>			SUS: _____		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

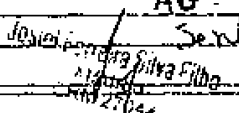
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO					
VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO					
	<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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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

QÜEIXAS	<u>Tramoa em MTE de alta impacto tx 11</u> <u>Sem sinais de TCE</u>
---------	--

EXAME FÍSICO	<u>glossar 15</u>
--------------	-------------------

PA <u>120</u>	PESO <u>88kg</u>	FC <u>90</u>	PULSO	TEMPERATURA
<u>BEG, orientado, afim e seguro</u>				
<u>AGU e RR NDA.</u>				
<u>fant. exp em MTE c/ perda óssea e exp. da pelula</u>				

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	<u>mobilizações de região cervical indol.</u>
	<u>① fratura exp em MTE (tíbio)</u>

PROCEDIMENTOS	CÓDIGO
<u>① Tramal 01c entao</u>	<u>AO: H0F - fratura</u>
<u>② SRI 1000ml EV</u>	<u>senha 5927449</u>
 Damiano Manoel da Silva Filho 23/04/2020	
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	Damiana Manoel da Silva		
Matrícula			
Endereço	St. Benedito		
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 mt 5 (tibia) + escavacão e fraturas no osso metacarpo + exposição boneca da patela.
Sem outras lesões importantes.

Responsável pelo Paciente: _____

Bom Jardim, 23 de Abril de 2020

Josiel Ferreira Silva Filho
Médico
CR 42734e

Médico responsável

DICO RESPONSÁVEL





6-01SES

HOSPITAL OTAVIO 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 e Traumatologia
CRM/PE 20577



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

Rua Antônio Fernandes Salsa 314 - Jose Fernandes Salsa - Limoeiro/PE
Fones (81) 3628 6133 / 3628 4468 / 3628 0877 / 9.8151.9272
E-mail: col.fraturas@yahoo.com.br





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. Aguiar Saraiva
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 29577





****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

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

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATORIO

DAMIÃO MANOEL DA SILVA

PRONTUÁRIO Nº: 390055

ALTA HOSPITALAR EM: 04/05/2020

RETORNAR AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA JOELHO EM 30 DIAS

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

MÉDICO REQUISITANTE: **Dr. Ageu Saraiva**
Médico Residente
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 29577

VISTO – CHEFE DO AMBULATORIO

OBS:

- A. Este formulário só será aceito com preenchimento de todos os campos
- B. Para validade somente com assinatura e carimbo do médico do setor solicitante
- C. Solicitar pacientes que tenham alta hospitalar e necessitem de retorno ao Ambulatório (Retorno)

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

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

Recife, 04/05/2020

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 85 DO RGPS, APROVADO PELO CONGRESSO NACIONAL EM 13/01/501 DE 14-03-57 E SEU ANEXO, EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 60 (SESENTA) DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO





SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
 End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejupió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª VIA FARMÁCIA
NOME COMPLETO: CRM-PE:		2ª VIA PACIENTE
Dr Ageu Saraiva Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM PE 29577		
PACIENTE: DAMIÃO MANOEL DA SILVA		
ENDEREÇO:		
PRESCRIÇÃO: USO ORAL		
CLINDAMICINA 300MG ----- 162CP		
02CP, VO, DE 8/8H, POR 28 DIAS		
04/05/2020		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME _____		ASSINATURA FARMACÊUTICA DATA: / /
IDENTIDADE _____ ORGÃO EMISSOR _____		
END. _____		
CIDADE _____		
UF _____		





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

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	Dâmias Manoel da Silva					
Endereço	St. Bonfim			Referência		
Idade	35R	Sexo	M	Cidade	BZ	
Responsável					Profissão	
Endereço Responsável					Fone:	
Nascimento	7/17/1984	SGS:				

DADOS DO ACIDENTE/ABUSO/AGRESSÃO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÁFICO						
VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado	
TIPO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO						
TOR	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Espionamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado	
TIPO	<input type="checkbox"/> Assalto Brig	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO						
ORIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO						
	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Brugas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> 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"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> 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

DESCRIÇÃO: La amira em mte de alto impacto BZ 3L Sem sinais de TCE

EXAME FÍSICO: Glasgow 15/15

TEMPERATURA: 36,6

PULSO: 90

ACV e RR: NDA

POTENSI DIAGNÓSTICO: Múltiplas fraturas exp. em mte. e exp. da pelve

DIAGNÓSTICO: Fratura exp. em mte (+tra)

TRATAMENTO: D. Tramal 91 e Guiso

55ml 1000ml BZ

EDICO RESPONSÁVEL: [Assinatura]



PREFETURA 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	Damiano Manoel Da Silva		
Matrícula			
Endereço	St. Bonfim		
Cidade	Bom Jardim		
Data de Nascimento	28/10/1984	Cor:	
Naturalidade			
Data do Atendimento	23/04/2020	Hora do atendimento:	

Descrições das lesões:

fractura exposta em mt. 5 (tibia) + escavação
e fratura da mesma mão + exposição bacia
da patela.
Sem outras lesões importantes.

Responsável pelo Paciente:

Bom Jardim, 23 de Abril de 2020
José Ferreira Silva Filho
Médico
CRM 27044

Médico responsável

HC O RESPONSÁVEL





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: DAMIAO MANOEL DA SILVA Idade: 35 Anos 8 Meses 25 Dias Nasc: 18/10/1984
Sexo: FEMININO CNS: 708901759508212 Contatos: 81. 97737652 | Celular: 81.
Mãe: IVANISE FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO
Endereço: SÍTIO 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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO: 03448809	CÓDIGO PACIENTE: 00390055
NOME DO PACIENTE: DAMIAO MANOEL DA SILVA	SITUAÇÃO CIRURGIA:		
TIPO DE ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA	COM CEC: COM ROBÓTICA:		
CID FINAL: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 5822			
Procedimento TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 0408050500			
Material:			
DATA / HORA INICIAL: 24/04/2020 14:30	DATA / HORA FINAL: 24/04/2020 16:00		
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:			
<p>CIRURGIÃO: ROBERTO WANDERLEY 1 AUX.: HERIVELTO ALEXANDRE ANESTESISTA: CECILIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASSEPSIA+ ANTISSEPSIA 2. APOSEIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS 3. EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA EM FACE LATERAL DA TÍBIA ESQUERDA, NÃO EVIDENCIADO LESÃO IMPORTANTE DA TUBEROSIDADE DA TÍBIA E LIGAMENTO PATELAR (APARELHO EXTENSOR INTEGRAL) 4. CURPTELA OFM OSSEA, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, LIMPEZA RIGOROSA COM SF 0,9% 5. APOSIÇÃO DE FRAGMENTO OSSEO DE CORTICAL LATERAL DA TÍBIA + SUTURA DE APROXIMAÇÃO COM VICRYL 0 6. SUTURA DE PELE E SUBCUTÂNEO COM VICRYL 0 E MONONYLON 2.0 7. AMPLIAÇÃO DE PERÍMETRO 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 			

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.046/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupá - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



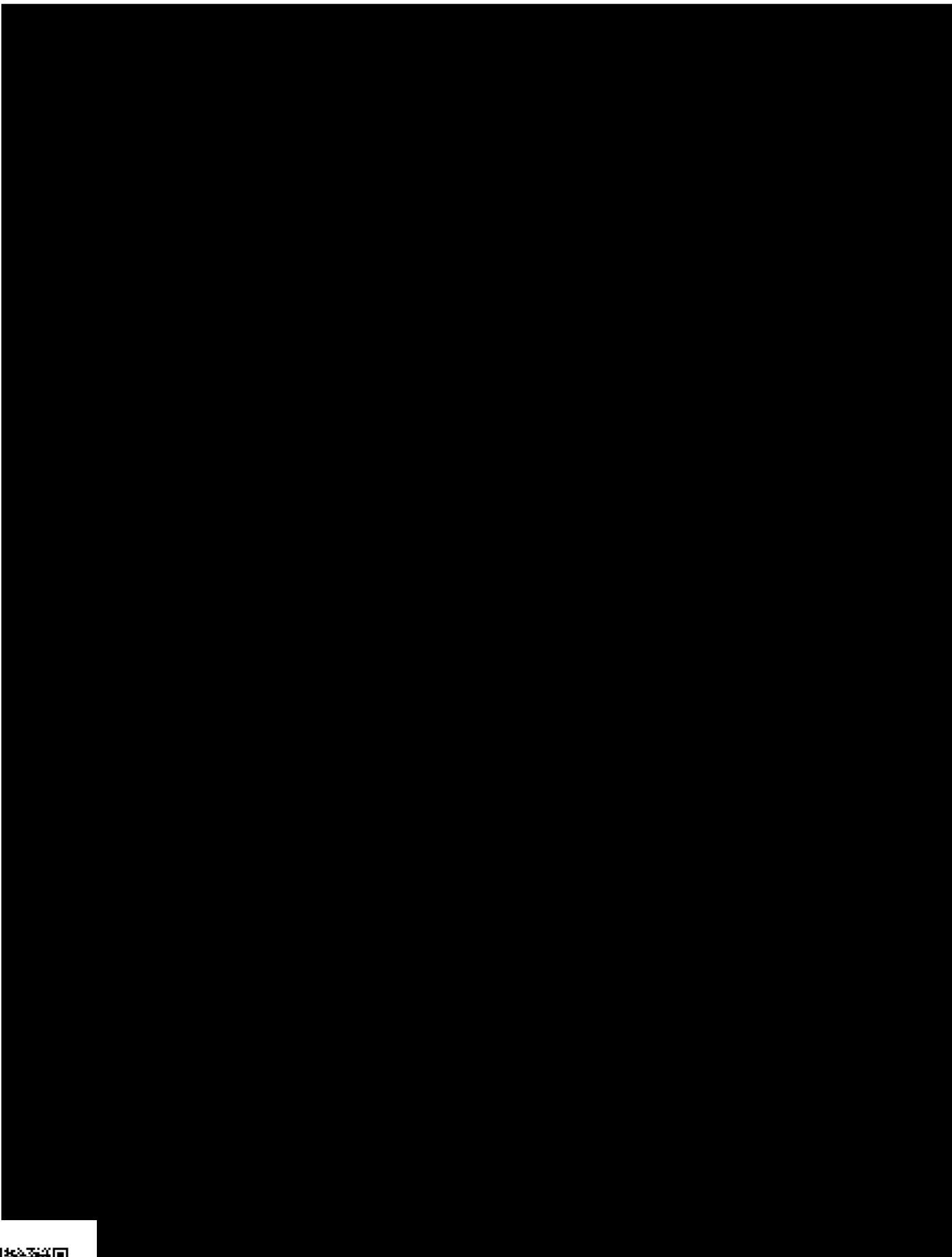
	6-01SES HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS End. Rua Afrégio Guimarães S/N Tejipó – Recife – PE PABX 31828500
---	--

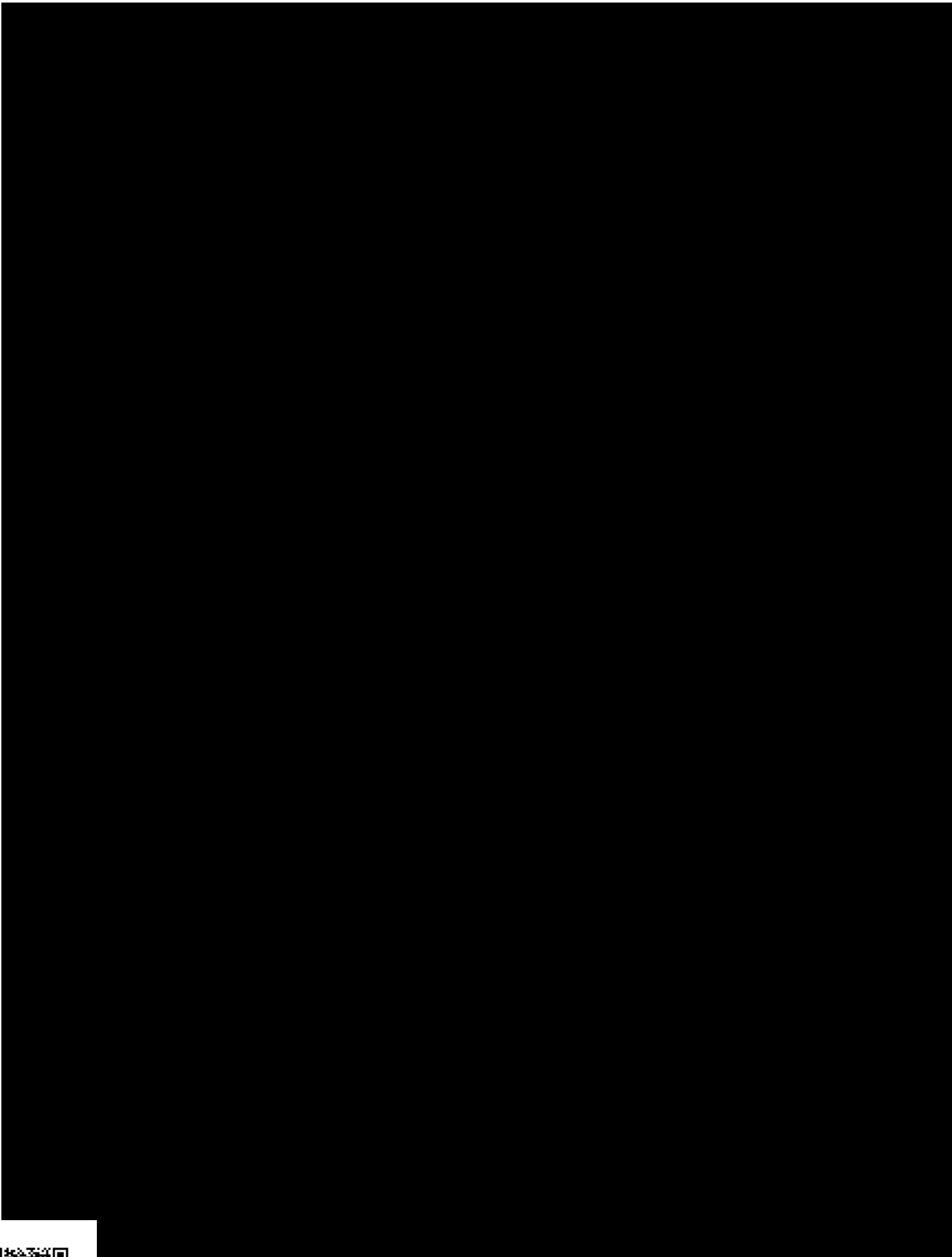
RESUMO DE ALTA

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. Agui Saraiva
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE-29577*









Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: DAMIAO MANOEL DA SILVA (idade: 35 Anos 8 Meses 25 Dias) Nasc: 18/10/1984
Sexo: FEMININO (CNS: 708901759580212) Contatos: 81. 97737652 (Celular: 81. MSE. (VAN)SF FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO
Endereço: SÍTIO 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/Letto:
Médico:
SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Admissão

Queixa Principal

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

História Clínica

RELATA ACIDENTE DE TRANSITO

Exame Físico

EGR, CONSCIENTE BME FO SEM SECREÇÕES

Observações

SOLICITO RX'

Conduta

SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO - CRM: Nº.9756

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

Conforme original
CADASTRADO
SANTANA
2020

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprílo Guimarães, s/nº - Tejupó - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





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

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

Nome: DAMIAO MANOEL DA SILVA Idade: 35 Anos 8 Meses 25 Dias Masc. LB/10/1984

Sexo: FEMININO CNS: 708901759588212 Contatos: 81. 97737652 | Celular: 81.

Mãe: Endereço:

IVANISE HILOMENO DE VASCONCELOS FILHO SÍTIO BOM FIM , N.º 1 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: BOM JARDIM - UF: PE

RECEITUÁRIO

LAUDO MEDICO

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

\$ 800

*Dr. Silvio Macêdo
 Ortopedia
 CRM: 8756*

ORIENTAÇÕES

PRESTADOR LOGADO
 SILVIO JOHNSON MACÊDO DE SANTIAGO - CRM: Nº. 9756

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
 Rua Adalgio Guimarães, s/nº - Tejupá - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





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

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

Nome: DAMIÃO MANOEL DA SILVA Idade: 35 Anos 8 Meses 25 Dias Nasc. 16/10/1984
Sexo: FEMININO CNS: 708901793588212 Contatos: 81. 97737652 | Celular: 81.
Mãe: Endereço:

IVANISE FILOMENO DE VASCONCELOS FILHO SÍTIO BOM FIM , N.º 1 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: BOM JARDIM - UF: PE

RECEITUÁRIO

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA 20 SESSÕES HD FRATURA DE TIBIA PROXIMAL ESQUERDA CONSOLIDADA	
	<i>Dr. Silveira Macêdo</i> Ortopedia CRM: 9756

ORIENTAÇÕES

PRESTADOR_LOGADO:
SILVIO JOHNSON MACEDO DE SAINTIAGO - CRM: Nº.9756

Hospital Otávio de Freitas - CNES: #26 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Afrégio Guimarães, s/nº - Tejupó - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3102.8500





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

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	DANIELA MARIAN DA SILVA				Referência		
Endereço	ST. BANFIM						
Bairro		Cidade	BZ				
Idade	35A	Sexo	M	Cor		Profissão	
Responsável							
Endereço Responsável					Fone:		
Nascimento	28/10/1984	SUS:					

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRÊSSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO Automóvel Ônibus Moto Outro Ignorado
MODO Atropelamento Colisão Capotagem Outro Ignorado

AGRÊSSÃO

POR Arma de Fogo Arma Branca Espionamento Outro Ignorado
MODO Assalto Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Ignorado

AUTO AGRÊSSÃO / SUICÍDIO

Arma de Fogo Enforcamento Drogas Queda de Nível Outro Ignorado

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimaduras Outro Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Ignorado

QUEIXAS

Tranquila em MTE de altura, suspecta de 11.
Sem sinais de TCE.

EXAME FÍSICO *gloriosa 18/15*

PI 12? PESO FC PULSO TEMPERATURA
36,6, orientada, afim e segura
ACV e RR MDL
sent. esp. em MTE e perda óssea e esp. da potela

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA *movilização de região cervical indol.*
① fratura exp em MTE (tíbia)

PROCEDIMENTOS

① Tranq. 01 e curado.
② SRL 1000 ml Sa.
CÓDIGO *AO: HOF - Pneumato*
Senho 5927449

MÉDICO RESPONSÁVEL *Dr. Silveira Filho*



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

FICHA DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nome do acidentado <i>Damiano Manoel da Silva</i>	
Matrícula	
Endereço <i>St. Benfins</i>	
Cidade <i>Bom Jardim</i>	
Data de Nascimento <i>18/10/1984</i>	Cor:
Naturalidade	
Data do Atendimento <i>23/04/2020</i>	Hora do atendimento:

Descrições das lesões:

*fratura exposta em mt E (tibia) + escorvação
e fratura no mesmo membro + exposição base da
da patela.
Sem outras lesões importantes.*

Responsável pelo Paciente:

Bom Jardim, *23* de *Abril* de *2020*

Joseil Ferreira Silva Filho
Médico
CR 127346

Médico responsável

DICO RESPONSÁVEL





6-01SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipó – 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 e Traumatologia
CRM-PE 24577



CENTRO DE DIAGNÓSTICO



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

- ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- ULTRASSONOGRRAFIA 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

Rua Antonio Fernandes Salsa 314 - Jose Fernandes Salsa - Limoeiro/PE

Fones (81) 3628 6133 / 3628 4468 / 3628 0877 / 9 8151 9272

E-mail: colfraturas@yahoo.com.br





HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipó – 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. Aguiar Saraya
Médico Residente
Ortopedia/Traumatologia
CRM PE 29577





****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejió - 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

MÉDICO RESPONSÁVEL: **Dr. Agou Saraiva**
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 29577

OBS: VISTO - DIFERENÇA DE PRONTUÁRIO

- A. ESTE ACOMPANHAMENTO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS
- B. VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARTEIRO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE
- C. ENDOSAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E VOLTAR SEM O RETORNO AO AMBULATÓRIO (RETORNO)

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. Agou Saraiva
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 29577

Recife, 04/05/2020

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 6º DA LEI Nº 501 DE 14.03.67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 (UM) DIA DE AFASTAMENTO DO TRABALHO





SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
 End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejido – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª VIA FARMÁCIA	2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: CRM-PE Dr Ageu Saraiva Médico Residente Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 29577			
PACIENTE: DAMIÃO MANOEL DA SILVA			
ENDEREÇO:			
PRESCRIÇÃO: USO ORAL			
QUANTIDADE: 300MG 150CP		CADA VO. DE 8/8H, POR 28 DIAS	
DATA: 04/05/2020			
IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUIDOR NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG: _____ END: _____ CID: _____ CATEG: _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL DO BRASIL

002-11

Damiao Manoel da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPIRAÇÃO 02.10.2001

MANOEL DA SILVA


Manoel Filho e Ivanise

Personceles Filho

DATA DE NASCIMENTO 18.10.1984

Cartório

BRASILIA, D.F.


 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
054.817.764-30

Nome
DAMIAO MANOEL DA SILVA

Nascimento
18/10/1984

CÓDIGO DE CONTROLE
EB97.8ABB.EG30.02C9



Limitado pela Secretária de Receita Federal do Brasil
em 09:51:58 de dia 11/11/2019 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM O COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014668795630
 D640-166512
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 927

COSMOPOLIS
 RUA
 CASA
 BOM

052 09513

CHEBON

PLACA METALICA 9C2KC0810022257

ESPECIE DE VEICULO: MOTOCICLETA
 MARCA/MODELO: HONDA
 ANO FABR./LANTAS: 2018/2018
 CAPACIDADE DO TANQUE: 20 LITROS
 TIPO DE MOTOR: PARTIC

CONDIÇÃO DE VENDA: VENDA SEMPRENUNDA
 GARANTIA DO VEICULO: SEM GARANTIA

DATA: 29/10/2020

DETRAN - PE

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
 AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
 TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

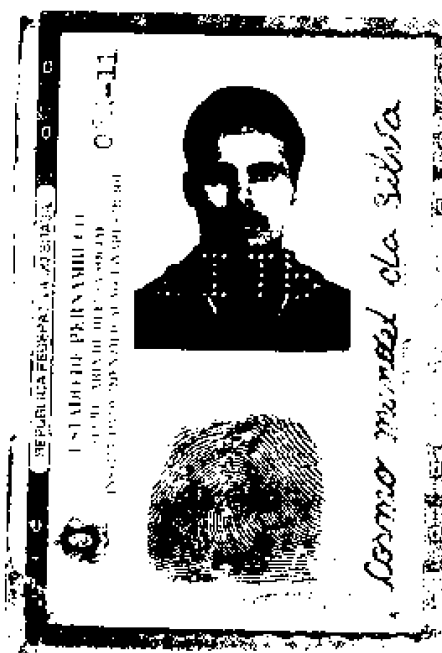
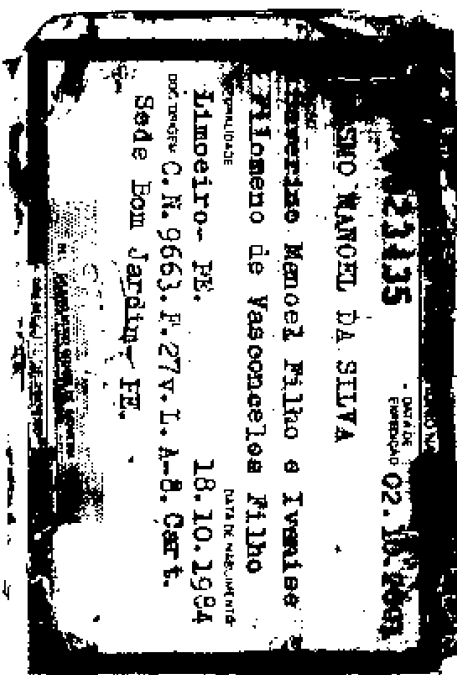
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a suas infrações cometidas até a data de comunicação (Lei Federal nº 9.505 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O locatário terá 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. 203 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____ ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
 CONFORME ART. 369 C.P.C.





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
052.211.934-42

Nome
COSMO MANOEL DA SILVA

Nascimento
18/10/1984



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014668785630

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 05201464512

COSMOS
RUA
CASA
BOA

05201464512

CHASSI

SC2FC081042228257

PARA MOTOCICLETAS GASOLINA

HONDA CG 125 2008

2R/132L

20189270

ASSINADO ELETRONICAMENTE PARA TRANSFERÊNCIA

GUARDE EM LOCAL SEGURO

24/09/20

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALORES

NOME DO COMPRADOR:

RF: CPF/CNPJ:

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

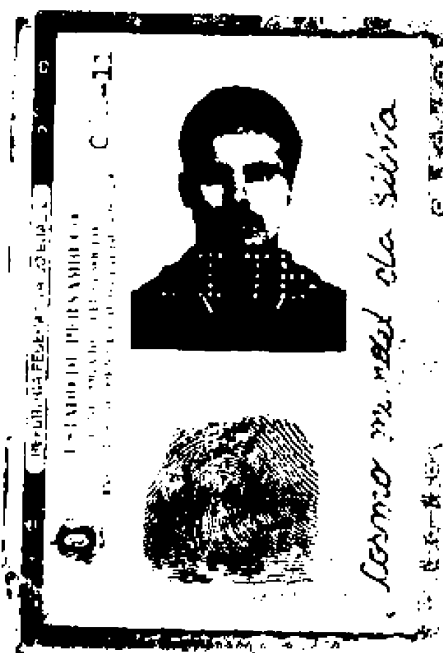
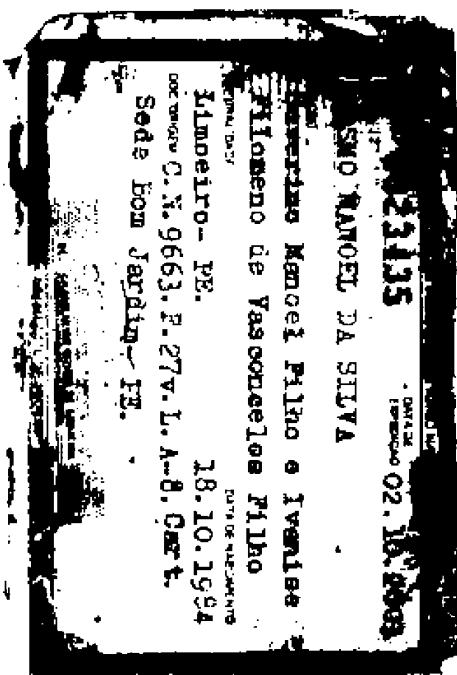
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O mandante tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas multas impostas e suas atualizações até a data de comunicação (Lei Federal nº 2.900 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O instrumento terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados em data de aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 223 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firma do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 362 C.P.C.





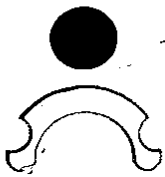
Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
052.211.934-42

Nome
COSMO MANOEL DA SILVA

Nascimento
18/10/1984





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



08107

Correios		SEDEX
PESO	0,150	JAR JMP
Doc. Recbtor		
Assinatura	Documento	
OD 28630698 3 BR		

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

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		0800 022204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS Nº 74 - 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20034-205	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL





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 receiptos 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:

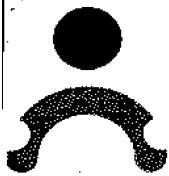
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

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: alexandre.martins@yahoo.com.br Tel: 31-9993-2863
Data: 03/07/2020 Assinatura: Damião Manoel da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

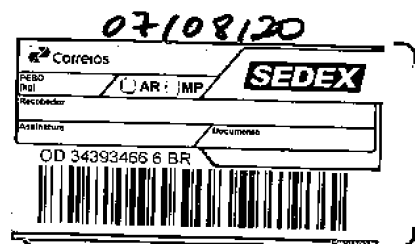
Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC OROBO
Atendente: JOHN LENNON Matrícula: 85022846
Data: 03/07/20 Assinatura: John Lennon de Lima Silva





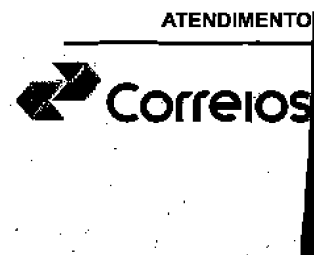
Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient SEGURADORA LÍDER - DPVAT		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address RUA SENADOR DANTAS N.º 74, 75.º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip 20031-205	CIDADE / City RIO DE JANEIRO	UF / State RJ	PAÍS / Country





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

dpvat_oficial DPVAToficial DPVAToficial seguradoralider-dpvat

site: www.viverseguronotransito.com.br

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

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
DAMIÃO MANOEL DA SILVA			
ENDEREÇO / Address			
SITIO BONFIM Nº 35 CASA ZONA RURAL			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
55730-000	BOM JARDIM	PE	



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDANÇAS (Moved)	<input type="checkbox"/> FALCIDO (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 (Number does not exist)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Not found)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)	-----	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª ___/___/___ às ___h ___m		
2ª ___/___/___ às ___h ___m		
3ª ___/___/___ às ___h ___m		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for delivery by concierge or manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___ (Reintegrated to postal service on ___/___/___)		
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: 22/04/20 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: 0800-1596 / 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 (recebos e notas fiscais), contendo a descrição dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos 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.

PORTADOR 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: depde.marques@yahoo.com.br Tel.: 81-9993-2863
Data: 04/08/20 Assinatura: Damião 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

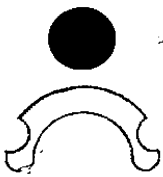
Venho através do presente, solicitar da seguradora Líder, que reavalie com mais atenção o meu processo, e se possível me convoque para realização de perícia médica, pois em decorrência do acidente de trânsito que sofri no dia 23/04/2020, me encontro com sequelas, com dificuldade para caminhar, e praticar 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



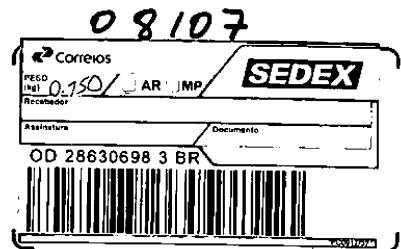




Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



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

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		0800 0222204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS Nº 74 - 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031-205	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL



09/19



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

PÉDIDO 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

dpvat_oficial
 DPVAToficial
 DPVAToficial
 seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender DAMIÃO MANOEL DA SILVA		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address SITIO BONFIM Nº 35 A ZONA RURAL			
CEP / Zip 55730-000	CIDADE / City BOM JARDIM	UF/State PE	PAÍS / Country

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 (no existing number)
<input type="checkbox"/> NÃO PRODUZIDO (undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (absent)	-----
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1ª ___/___/___ às 2ª ___/___/___ às 3ª ___/___/___ às	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___ (Reinstated to service post)	
Data ___/___/___	Responsável -----

RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE





PROTOCOLO DE RECEÇÃO 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 recibos 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 SOBRINH(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:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

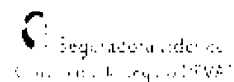
Portador da documentação (Nome): Damião Manoel da Silva
Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal CPF do portador: 054.817.764-30
E-mail: alexandre.marques@yahoo.com.br Tel: 81-9993-2863
Data: 03/07/2020 Assinatura: X Damião Manoel da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC OROBO
Atendente: JOHN LENNON Matrícula: 85022896
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
Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020
CPF de: Próprio
Titular do CPF: DAMIAO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

DAMIAO MANOEL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Elen Tais Alves Pereira

