
Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200294548

Vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), INALDO BRAGA 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



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200294548

Vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), INALDO BRAGA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 025.490.494-70 3 - CPF da vítima: INALDO BRAGA DA SILVA 4 - Nome completo da vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP, DE 048/2013

5 - Nome completo: INALDO BRAGA DA SILVA 6 - CPF: 025.490.494-70

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: JOSÉ VALDIVINO 9 - Número: 25 10 - Complemento: CASA 1A DA RUA

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITAPETIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.220-000

15 - E-mail: PA 99998.1472 16 - Tel. (DDD): PA 99998.1472

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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 CONTRA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 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: ☒ BANCÁRIO DO SINISTRO ☐ BANCÁRIO DO BENEFICIÁRIO ☐ BANCÁRIO DO CURADOR/TUTOR

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Crédito (337) ☐ Poupança (343)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0170 9 CONTA: 11.032 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado

24 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

26 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

28 - Se a vítima deixou irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome completo: _____

30 - Se a vítima deixou pais, informar: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou pais, informar o nome completo: _____

32 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou outros parentes, informar o nome completo: _____

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não assubiado: _____

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogo): _____

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha: _____

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha: _____

40 - Local e Data: ITAPETIM - PE 16/08/2020

Inaldo Braga da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 170ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM -
DP170ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0260000167

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/04/2020 às
10:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO ESTAR - Suicídio (Bansumada)
que aconteceu no dia 11/4/2020 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO MIGUEL - ZONA RURAL -
ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo ao: **MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 91.
SÍTIO MIGUEL - ZONA RURAL - Bairro: CENTRO -
ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR VAGENTE)
CARLOS EDUARDO CAMPOS DA SILVA (TESTEMUNHA)
CLECIANO CLEBSON DA COSTA (TESTEMUNHA)
INALDO BRAGA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **INALDO BRAGA DA SILVA**

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

INALDO BRAGA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ALEXANDRE DA SILVA** Data de Nascimento: **12/12/1975** Naturalidade: **ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5139659/AD3/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 49, RUA POETA PEDRO AMORIM - CEP: 55060000 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

CARLOS EDUARDO CAMPOS DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SUELY FERREIRA CAMPOS** Data de Nascimento: **5/1/1981** Naturalidade: **ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7596873/3DS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 91, TRAVESSA BOA ESPERANÇA - CEP: 55060000 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

CLECIANO CLEBSON DA COSTA (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA NEUMA RIBEIRO DA COSTA** Data de Nascimento: **4/11/1957** Naturalidade: **ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2945423/SSP/RN (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 91, RUA POETA PEDRO AMORIM - CEP: 55060000 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

Boletim de Ocorrência

File:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xm/BOEP

A PRÓPRIA VÍTIMA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ALEXANDRE DA SILVA Data de Nascimento: 13/12/1975 Naturalidade: ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8138699/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAPETIM, 48, RUA POETA PEDRO AMORIM - CEP: 55000000 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

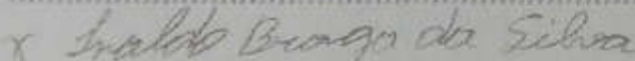
VEÍCULO STRADA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): INALDO BRAGA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): INALDO BRAGA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/FIAT/STRADA Objeto apreendido: Não
Cor: AZUL - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Descrição: VEÍCULO- CAMINHONETE ESTRADA, PLACAS NXW 1716- CHASSI 8BD27S020MBY300001- COR AZUL- PROPRIETÁRIO INALDO BRAGA DA SILVA, QUE ESTAVA NA POSSE DO PROPRIETÁRIO.

Complemento / Observação

EM 29/04/2020, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VÍTIMA ACIMA IDENTIFICADA, TENDO RELATADA QUE EM 11/04/2020, FORA VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, (TIPO COLISÃO), CONFORME DECLARAÇÃO EMITIDA PELO HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO. SEGUNDO A VÍTIMA, O FATO OCORREU NO SÍTIO MIGUEL, MUNICÍPIO DE ITAPETIM/PE, TENDO FRATURADO A PERNA DIREITA DO AUTOR, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE TRASFERIDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE, ONDE FORA REALIZADO PROCESAMENTO CIRÚRGICO. POR FIM, INFORMA QUE NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FOI COLOCADO DOIS PINOS NA PERNA DIREITA.

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


INALDO BRAGA DA SILVA
(VÍTIMA)

**A PRÓPRIA VÍTIMA
(AUTOR \ AGENTE)**

B.O. registrado por: FRANCISCO ADAILSON CAMISSINHO DE SOUSA - Matrícula: 3676786

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 025.490.494-70 3 - CPF da vítima: INALDO BRAGA DA SILVA 4 - Nome completo da vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP, DE 048/2013

5 - Nome completo: INALDO BRAGA DA SILVA 6 - CPF: 025.490.494-70

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: JOSÉ VALDIVINO 9 - Número: 25 10 - Complemento: CASA 1A DA RUA

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITAPETIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.220-000

15 - E-mail: PA 99998.1472 16 - Tel. (DDD): PA 99998.1472

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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 CONTRA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 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: ☒ BANCÁRIO DO SINISTRO ☐ BANCÁRIO DO BENEFICIÁRIO ☐ BANCÁRIO DO CURADOR/TUTOR

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Crédito (337) ☐ Poupança (343)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0170 9 CONTA: 11.032 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado

24 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

26 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

28 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

29 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

30 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

31 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

32 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

33 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: _____

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado: _____

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): _____

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

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha: _____

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha: _____

40 - Local e Data: ITAPETIM - PE 16/08/2020

Inaldo Braga da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10 Rm 100 11-09-2010 09:11

11 Equipe = DR CLAUDIA BITU

12 Tm = PETRÔNIO GOUVEIA

13 Tm = RITA DE CÁSSIA RODRIGUES DE SOUZA

14 VANUSA LIMA SILVA NUNES

15 M^a DE SOCORRO LOPES

RECEPTOR = LINDIANE DE SOUZA

CONDUCTOR = ESPEDITO

APOIO = JOSÉ ROBERTO

VIGIA = RANGEL

16 D. GENÍS = LURDINHA

17 No dia em questão às 17:30 o SENHOR JIM
BROGA DA SILVA, de 44 anos. Após sofrer
um acidente automobilístico onde o
mesmo teve seu MPB PRECIONADO NO
CARRO, REALIZANDO o serviço X o mesmo
com fraturas e com corte no local de
fratura e socorrido, sendo levado por
DR. CLAUDIA com H.D.E. FRATURAS FELHAS
avaliada para RECUPERAÇÃO ORTOPÉDICA SE
TILAS ENDO PROTA PEDRO AMORIM A. 43 CON
TO DO NACIONAL MIGUEL ARRÊS. PA: 130X80;
EDC 1000.

00000000

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº

Data e Hora:		Data Nasc.: 33.12.75	
Nome: Arnaldo Braga da Silva			
Mãe: Maria Alzomara da Silva			
Profissão: Agente de Saúde	Sexo: m	Estado Civil: Casado	Escolaridade: Ensino Médio
Responsável:			
End. do Paciente: Rua R. Pedro Paulo Amorim N. 49 conj: J. José Soares Amorim			
Bairro: Miguel Aires	Município: Itapetim - PE	Fone: 899741975	
Cartão SUS: 706400642052486		Doc. Identidade: 5530659	
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:	
☒ Acidente de Trânsito	☐ Acidente de Trabalho	☐ Preto	☒ Parda
☐ Agressão	☐ Consulta	☐ Amarelo	☐ Indígena

Pressão Arterial:

Pulso:

Temperatura:

Peso:

História e Exame Físico:

Paciente sofreu acidente automobilístico quando sofreu empunhamento do 1º dedo com fratura do 1º metacarpo do direito e ferimento contuso no pé direito (dorso do pé)

Tratamento:

Foi realizado curativo e o paciente foi encaminhado para Afogado, da Ingaire onde foi submetido a cirurgia corretiva

Impressão Diagnóstica: Fratura do 1º metacarpo do direito

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☒

Removido para Hospital: Hospital Emilia Campos

Óbito às _____ hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Cláudia de Souza Leão Bitu

Cláudia de Souza Leão Bitu
Médica

CREMEPE 7308



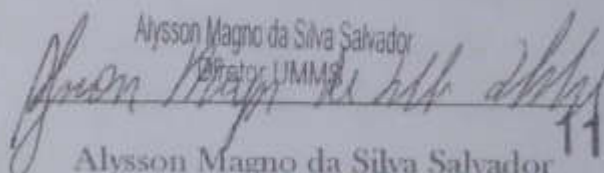
CONSTRUINDO NO PRESENTE, PENSANDO NO FUTURO

Unidade Mista Maria Silva
Código: 2703505 CNPJ: 11.358.157/0001-00
Rua Paulino Soares, s/n- Itapetim - Pernambuco.
CEP: 56720-000
Telefone: (87) 3853.1006
Umms_ita@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o senhor Inaldo Braga da Silva, 44 anos, reside no Conjunto Habitacional Miguel Arras de Alencar zona urbana de Itapetim-Pe, foi vítima de um acidente automobilístico (colisão) com um pilar no dia 11 de Abril de 2020, deu entrada nesta Unidade de saúde às 17:30 horas, o mesmo estava acordado, orientado, apresentando corte, fratura e sangramento em MID, feito raio-x e constatado fratura de membro, o mesmo foi atendido pela equipe de plantão e liberado para aguardar atendimento especializado na cidade de Afogados da Ingazeira.

Itapetim-PE, 28 de Abril de 2020.


Alysson Magno da Silva Salvador
Diretor UMMMS

Alysson Magno da Silva Salvador
Diretor Administrativo
Unidade Mista Maria Silva

11.358.157/0001-00
Unidade Mista Maria Silva
Rua Paulino Soares S N
CEP. 56.720-000
ITAPETIM - PE

Rua Paulino Soares, S/N- Centro-CEP 56.720-000-Itapetim-PE-Fone-(0xx87)3853-1006
CNPJ: 11.358.157/0001-00-E_mail: umms_ita@hotmail.com



C

GENALDO BRAGA DA SILVA



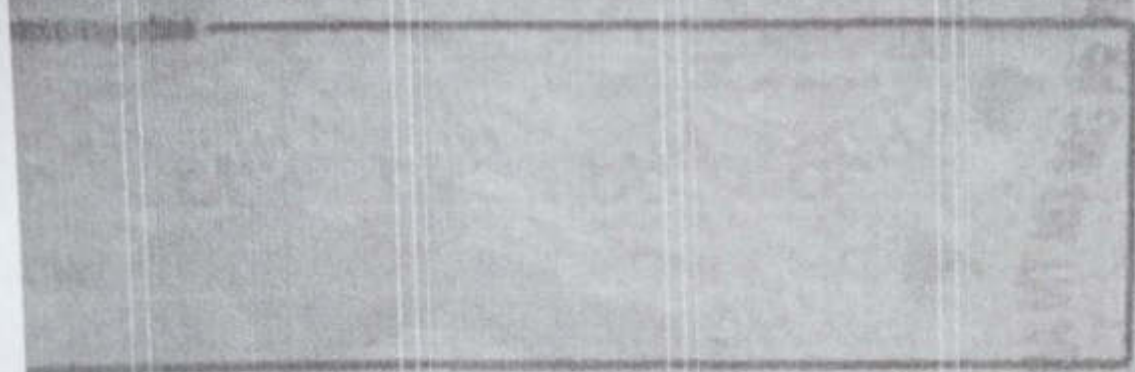
DPO. IDENTIFICAÇÃO / CPF
5139659 000 PE

CPF DATA NASCIMENTO
025.698.494-70 13/12/1975

PLAÇÃO
GENALDO BRAGA DA SILVA
MARIA ALEXANDRE DA SILVA

PROFISSIONAL AGO CAT. MAR
AB

RENOVADO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
05907854641 15/06/2018 30/12/2018



Genaldo Braga da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

GRADON DA INGENHEIRA, PE DATA EMISSÃO
15/06/2018

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Assessor Técnico

ASSINATURA DO EMITENTE

67044331503
22085968790

PERNAMBUCO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231041/20

Vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

CPF: 025.490.494-70

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: INALDO BRAGA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

INALDO BRAGA DA SILVA : 025.490.494-70

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: 18/08/2020
Nome: INALDO BRAGA DA SILVA
CPF: 025.490.494-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

INALDO BRAGA DA SILVA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES