



Número: **0003276-30.2020.8.17.2640**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Garanhuns**

Última distribuição : **25/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDSON DA SILVA (AUTOR)		BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO)	
MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDENCIA S/A (REU)		THACIO FORTUNATO MOREIRA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72177 180	07/12/2020 17:30	Protocolo de Entrega de Documentos 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180531154**

Vítima: **EDSON DA SILVA**

Data do Acidente: **11/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **BRUNO DE ARAUJO SENA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180531154**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13590685

Pag. 00555/00556 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180531154**
Vítima: **EDSON DA SILVA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **BRUNO DE ARAUJO SENA**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180531154**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **11/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00057/00068 - carta_04 - INVALIDEZ



00050029

Carta nº 13615177



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDSON DA SILVA		CPF titular da conta 235 395 208 99	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA GIGANTE 16		Número 16	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade SALÓIA	Estado PE	CEP 55350 000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo listados - assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (103)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

D/V

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SALÓIA, 18 de **MAIO** de 2018

Local e Data

Edson da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente

Nome

EDSON DA SILVA

Agência

2564-X

Conta

17.944-2

Movimento

Data	Dep. origem	Histórico	Documento	Valor	Saldo
10/05/2018		Saldo Anterior			0,00 C
Juros *					0,00
Data de Debito de Juros					01/06/2018
IOF *					0,00
Data de Debito de IOF					01/06/2018
(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.					

Informações Adicionais

Impresso em 15.05.2018 às 11:28:32

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDSON DA SILVA	CPF titular da conta 235 395 208 99	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA GIGANTE 16	Número 16	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade SALÓIA	Estado PE
Email	CEP 55350 000	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo listados - assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (103)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BANCO DO BRASIL NRO 001 AGÊNCIA NRO 2564 D/V X CONTA NRO 17944 D/V 2 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SALÓIA, 18 de **MAIO** de 2018
Local e Data

Edson da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente

Nome

EDSON DA SILVA

Agência

2564-X

Conta

17.944-2

Movimento

Data	Dep. origem	Histórico	Documento	Valor	Saldo
10/05/2018		Saldo Anterior			0,00 C
Juros *					0,00
Data de Debito de Juros					01/06/2018
IOF *					0,00
Data de Debito de IOF					01/06/2018
(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.					

Informações Adicionais

Impresso em 15.05.2018 às 11:28:32

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088





455355
0242444/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 150ª CIRCUNSCRIÇÃO - PARANATAMA - DP150ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0240000078**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2018** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/3/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PARANATAMA, 1, BR.423, POVOADO BREJO VELHO, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO** - **PARANATAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GILBERTO DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
EDSON DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EDSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **20/3/1974** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **554844254/SDS/PE (RG)**, **23539520899 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

GILBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **30/12/1978** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

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

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

GILBERTO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD6186** (PERNAMBUCO/SALOA) Renavam: **471415081** Chassi: **9C2JC4110CR509551**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO O NOTICIANTE, SENHOR EDSON DA SILVA, RELATA QUE NO DIA 11/03/2018 TRANSITAVA PELA BR423, NAS PROXIMIDADES DO POVOADO BREJO VELHO, POR VOLTA DE 10H20, NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, DE PLACA PGD6186, DE COR VERMELHA, ANO 2012, CHASSI N°9C2JC4110CR509551, GUIADA POR SEU IRMÃO, O SENHOR GILBERTO DA SILVA, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE AO CAIR DA MOTOCICLETA. QUE FOI SOCORRIDO LOGO APÓS, PELO SAMU DE SALOA, DE

07/05/2018 11:50



ACORDO COM A FICHA DE ATENDIMENTO DE N°02100320 APRESENTADA. E POR CONTA DA GRAVIDADE DA LESÃO, ELE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, SENDO ATENDIDO ÀS 23H31, DE ACORDO COM O QUE CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DE N°944189/2018, O MESMO SOFREU T.C.E (TRAUMATISMO CRÂNIO CEFÁLICO) E OUTRAS LESÕES, FICANDO INTERNADO ATÉ O DIA 25/03/2018, QUANDO RECEBEU ALTA.

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

EDSON DA SILVA
(VITIMA)

GILBERTO DA SILVA
(AUTOR AGENTE)

B.O. registrado por: **EDMARQUES DOS SANTOS GOMES** - Matrícula: **3875016**



07/05/2018 11:50





455355
0242444/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 150ª CIRCUNSCRIÇÃO - PARANATAMA - DP150ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0240000078**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2018** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/3/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PARANATAMA, 1, BR. 423, POVOADO BREJO VELHO, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO** - **PARANATAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GILBERTO DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
EDSON DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EDSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **20/3/1974** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **554844254/SDS/PE (RG)**, **23539520899 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

GILBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **30/12/1978** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GILBERTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILBERTO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD6186** (PERNAMBUCO/SALOA) Renavam: **471415081** Chassi: **9C2JC4110CR509551**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO O NOTICIANTE, SENHOR EDSON DA SILVA, RELATA QUE NO DIA 11/03/2018 TRANSITAVA PELA BR423, NAS PROXIMIDADES DO POVOADO BREJO VELHO, POR VOLTA DE 10H20, NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, DE PLACA PGD6186, DE COR VERMELHA, ANO 2012, CHASSI N°9C2JC4110CR509551, GUIADA POR SEU IRMÃO, O SENHOR GILBERTO DA SILVA, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE AO CAIR DA MOTOCICLETA. QUE FOI SOCORRIDO LOGO APÓS, PELO SAMU DE SALOA, DE

07/05/2018 11:50



ACORDO COM A FICHA DE ATENDIMENTO DE N°02100320 APRESENTADA. E POR CONTA DA GRAVIDADE DA LESÃO, ELE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, SENDO ATENDIDO ÀS 23H31, DE ACORDO COM O QUE CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DE N°944189/2018, O MESMO SOFREU T.C.E (TRAUMATISMO CRÂNIO CEFÁLICO) E OUTRAS LESÕES, FICANDO INTERNADO ATÉ O DIA 25/03/2018, QUANDO RECEBEU ALTA.

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

EDSON DA SILVA
(VITIMA)

GILBERTO DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **EDMARQUES DOS SANTOS GOMES** - Matrícula: **3875016**



07/05/2018 11:50



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EDSON DA SILVA

CPF da Vítima

23539520899

Data do Acidente

11/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

EDSON DA SILVA

CPF do Representante legal

23539520899

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de incapacidade ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.



SALGUEIRO, 18 de MAIO de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EDSON DA SILVA

CPF da Vítima

23539520899

Data do Acidente

11/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

EDSON DA SILVA

CPF do Representante legal

23539520899

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de incapacidade ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.



SALGUEIRO, 18 de MAIO de 2018

Local e Data

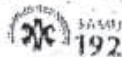
Edson da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

01 V001/2017





Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Secretaria de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO



Nº de Ocorrência

09
100320

1. Hora do chamado 10:30		2. Chegada no local 10:40		3. Saída do local 11:00		4. Hora de conclusão 11:30		5. Saída do hospital 11:40	
6. Motivo/Solicitação									
8. Tipo de recurso: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. VIM ☐ 4. Helicóptero									
9. Origem do atendimento: ☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SAU									
10. Médico regulador ☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SAU									
11. Rádio operador									
12. Paciente <i>Edson da Silva</i>									
13. Bolcheia <i>Jose</i>									
14. Data de nascimento <i>08/74</i>									
15. Idade <i>44</i>									
16. Sexo ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino									
17. Logradouro <i>gigante</i>									
18. Bairro <i>centro</i>									
19. Zona <i>1. Urbana</i> ☐ 2. Rural									
20. Município <i>Caravelas</i>									
21. Local de ocorrência <i>1. Via Pública</i> ☒ 2. Domicílio									
22. Referência <i>1. Rua</i> ☒ 2. Não									
23. Local de ocorrência <i>1. Via Pública</i> ☒ 2. Domicílio									
24. Correlação relacionada ao trabalho ☐ 1. Sim ☒ 2. Não									
25. Tipo de atendimento ☐ 1. Clínica ☐ 2. Causa externa ☐ 3. Obstétrica ☐ 4. Pediatra									
26. Ramo/Unidade: ☐ 1. Clínica ☐ 2. Causa externa ☐ 3. Obstétrica ☐ 4. Pediatra									
27. Meio de locomoção de vítima ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro									
28. Mecanismo do trauma ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro									
29. Natureza do acidente ☐ 1. Colisão/Abatimento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/da via pública ☐ 6. Queda ☐ 7. Ignorado									
30. Uso de capacete pela vítima ☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 3. Não se aplica									
31. Uso de cinto pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não se aplica									
32. Uso de bebida alcoólica pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não se aplica									
33. Intoxicação Exógena ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Medicamentos ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros									
34. Queda ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: ☐ 3. Tábua (exceto fogo)									
35. Agressão ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Abuso sexual ☐ 5. Outros									
36. Queimadura ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Tábua (exceto fogo)									
37. Tentativa de suicídio ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não se aplica									
38. Outros acidentes ☐ 1. Alagamento ☐ 2. Solamento ☐ 3. Não sei ☐ 4. Outros									
39. Vias aéreas ☐ 1. Livre ☐ 2. Obstruída ☐ 3. Obstruída									
40. Respiração ☐ 1. Normal ☐ 2. Trepidação ☐ 3. Bradipneia ☐ 4. Apnéia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões									
41. Circulação/pulso ☐ 1. Ausente ☐ 2. Presente ☐ 3. Chato ☐ 4. Fino									
42. Perfusão periférica ☐ 1. > 2 Segundos ☐ 2. < 2 Segundos									
43. Neurologia ☐ 1. Normal ☐ 2. Suscitável ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Comadão									
44. Escala de GCS (Glasgow) ☐ 1. Déficit motor ☐ 2. Déficit verbal ☐ 3. Déficit da fala									
45. Pupilas ☐ 1. Músculo ☐ 2. Músculo ☐ 3. Resposta ☐ 4. Não resposta									
46. Coloração da pele ☐ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Hipermia ☐ 5. Ictérico									
47. Alergia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não									
48. Uso medicamento ☐ 1. Sim ☐ 2. Não									
49. Alguns patógenos ☐ 1. Sim ☐ 2. Não									
50. Abertura ocular (AO) ☐ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhum (1)									
51. Resposta verbal ☐ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Incompreensão									
52. Resposta Motora ☐ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento da resposta (4) ☐ 4. Extensão anormal (3) ☐ 5. Flexão anormal (2) ☐ 6. Inerte (1)									
53. Sinais vitais - SSVV									
HR (bpm) <i>100</i>									
PA (mmHg) <i>130/80</i>									
FC (bpm) <i>130</i>									
FR (bpm) <i>24</i>									
TEMP (°C) <i>36,2</i>									
HGT (mmHg) <i>98</i>									
SpO2 (%) <i>98</i>									
54. Principais lesões									
Aniquilação									
Contusão									
Espalhamento									
Estimulamento									
Perforante									
Contuso									
Fatura fechada									
Fatura aberta									
Laceração									
Luxação									
Quelminadura									
Presença de empenamento									

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPSA
CONTENDO MÓDULO DE ATENDIMENTO
08 JUL 2018
Cente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5
Grupos - Recife - PE CEP: 52011-040



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/12/2020 17:30:10
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120717301027700000070760471>
 Número do documento: 20120717301027700000070760471



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.032/0001-08 | Ins. Est. 0205943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
GILBERTO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA G. GABITE 16

CPF 038 521 534-02
CLASSIFICAÇÃO

CENTRO DE REGISTRO
SALOA PE
55350-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTADOR	MÊS/ANO
7021852509	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
07/03/2018	28/03/2018
VALOR TOTAL	14,88

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EXERCÍCIO
027374778	UNICA	27/02/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/02/2018	2011124982	6219916

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	30,000000	0,4960552	14,88
TOTAL DA FATURA			
14,88			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Variação	Nº DE DIAS	Constante	Ajuste	Consumo (Wh)
15212111	CAT	1991018	1991018	27/02/2018	28	14,88		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS		
Mês/Ano	Consumo (Wh)	Valor (R\$)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
FEV 18	30	14,88	ICMS		
JAN 18	30	14,88	PIS	0,57	0,08
DEZ 17	30	14,88	COFINS	2,50	0,37
NOV 17	30	14,88			
OCT 17	30	14,88			
SET 17	30	14,88			
AUG 17	30	14,88			
JUL 17	30	14,88			
JUN 17	30	14,88			
MAY 17	30	14,88			
ABR 17	30	14,88			
MAR 17	30	14,88			
FEB 17	30	14,88			

RESERVAÇÃO AO FISCAL
356F 0380 0380 4895 430F FFEH LASC F036

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Não é possível a devolução de energia elétrica em caso de cancelamento da conta. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o vencimento. Caso contrário, a conta será considerada em atraso e o cliente será cobrado com multa e juros. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o vencimento. Caso contrário, a conta será considerada em atraso e o cliente será cobrado com multa e juros. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o vencimento. Caso contrário, a conta será considerada em atraso e o cliente será cobrado com multa e juros.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTORES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APRESENTADO	LIMITE ANUAL	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR
EDC	14,88	1,55	11,70	42,4	220	202	238
PEC	1,55	1,30	8,72	1,14			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040





Número: **0003276-30.2020.8.17.2640**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Garanhuns**

Última distribuição : **25/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

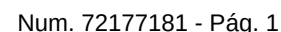
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDSON DA SILVA (AUTOR)		BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO)	
MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDENCIA S/A (REU)		THACIO FORTUNATO MOREIRA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72177 181	07/12/2020 17:30	Protocolo de Entrega de Documentos 2	Outros (Documento)

DESTAQUE AQUI

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCO DO AMARAL SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 060473174 / 98 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDSON DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 235395208 / 99, do sinistro de DPVAT cobertura INUNDACAO da Vítima EDSON DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 235395208 / 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, que sou residente no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>R. FIO PAV FERRAS</u>		Número <u>7178</u>	Complemento
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>SALÓIA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55350-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>87981521696</u>

SALÓIA/PE, 18 de MAIO de 2018
Local e Data

Franco do Amaral Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILBERTO DA SILVA,
RG nº 6260095, data de expedição 10/03/1999
Órgão SSP, portador do CPF nº 038521524/02 com
domicílio na cidade de SALOA, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
POVOADO GIGANTE, nº 59,
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 EDSON DA SILVA, cujo o condutor era
GILBERTO DA SILVA.
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Ano: 2012
Placa: PGD 6786
Chassi: 9C25C4770CR509551
Data do Acidente: 11/03/2018
Local e Data: BR 423 11/03/2018

17 MAIO 2018

Assinatura do Declarante

GILBERTO DA SILVA

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

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SALOA | Carmina Alves Silva - Titular
R. José Florentino Alves, n.º 51 - Centro - Saloá - PE - CEP: 55350-000 - Tel: (07) 9825-0614 - carminasilva@hotmail.com
CNPJ: 29460357/0001-38

Reconheço por Autenticidade a firma de: GILBERTO DA SILVA em
17/05/2018 11:23:29, dou fé. Em teste da verdade. Escrevente,
Fábio de Almeida Melo. Emol: R\$ 3,59 TSM: R\$
0,80 FERC: R\$ 0,40 Total: 4,79. Selo: 0074062-FX103201802-01601
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.

Carmina Alves Silva
Tabeliã
Rua José Florentino Alves, n.º 51, Centro,
Saloá - PE, Cep: 55350-000



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILBERTO DA SILVA
RG nº 6260095, data de expedição 10/03/1999
Órgão SSP, portador do CPF nº 038521524/00 com
domicílio na cidade de SALOA, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
POVOAÇÃO GIGANTE, nº 59,
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 EDSON DA SILVA, cujo o condutor era
GILBERTO DA SILVA.
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Ano: 2012
Placa: PGD 6786
Chassi: 9C2JC4270CR509551
Data do Acidente: 11/03/2018
Local e Data: BR 423 11/03/2018

17 MAIO 2018

Assinatura do Declarante

GILBERTO DA SILVA

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

SERVENÇA REGISTRAL E NOTARIAL DE SALOA - Carmina Alves Silva - Titular
Reconheço por Autenticidade a firma de: GILBERTO DA SILVA em
17/05/2018 11:23:29, dou fé. Em test. da verdade. Escrevente,
Fábio de Almeida Melo. Emol. R\$ 3,59 TSMR R\$
0,80 FERC R\$ 0,40 Total 4,79. Selo: 0074062-TXT03201802 01601
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

Carmina Alves Silva
Tabeliã
Rua Jose Florentino Alves, n. 51, Centro,
Salão-PE, Cep: 55350-000



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILBERTO DA SILVA
RG nº 6260095, data de expedição 10/03/1999
Órgão SSP, portador do CPF nº 038521524/00 com
domicílio na cidade de SALOA, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
POVOADO GIGANTE, nº 59,
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 EDSON DA SILVA, cujo o condutor era
GILBERTO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Ano: 2012
Placa: PGD 6786
Chassi: 9C2JC4270CR509551
Data do Acidente: 11/03/2018
Local e Data: BR 423 11/03/2018

17 MAIO 2018

Assinatura do Declarante

GILBERTO DA SILVA

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

SERVENÇA REGISTRAL E NOTARIAL DE SALOA | Carmina Alves Silva, Titular
R. José Florentino Alves, n. 51, Centro - Saloá - PE - CEP: 55350-000 | Tel: (081) 3201-1010 | carminasilva@servenca.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de: GILBERTO DA SILVA em
17/05/2018 11:23:29, dou fé. Em teste da Verdade. Escrevente,
Fábio de Almeida Melo - Emol. R\$ 3,59 TSM R\$
0,80 FERC R\$ 0,40 Total 4,79, Selo: 0074062.TXT032018001
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Carmina Alves Silva
Tabeliã
R. José Florentino Alves, n. 51, Centro -
Saló - PE, Cep: 55350-000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 944189/2018.

NOME: EDSON DA SILVA.

Foi atendido às 23h31 do dia 11.03.2018.

Diagnóstico provável: T.C.E. - CONTUSÃO TEMPORAL
DIREITO - HSDA LAZARINA TEMPORAL DIREITO
+ HSDA LAZARINA BARIATRA DIREITA.
FRATURAS COSTO VERTEBRA EM REGIÃO OCCIPITAL
FRATURA CLAVICULAR (ACIDENTE DE BOTA)
ESCRIVÃO

Tratamento realizado: T.A.C. DE CÂNOMO - CONTUSÃO TEMPORAL
DIREITO - HSDA LAZARINA TEMPORAL DIREITO
HSDA LAZARINA BARIATRA DIREITO
TIPO TIPO VIDEAL
ANALGESIA
EXAMES LABORATORIAIS

Obs. ALTA HOSPITALAR EM 25-03-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23-04-2018

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4532

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4532

Fones: 31815451/31815452



02/12/2018 Keane

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

485166

0410042/18

Nº Atendimento:

1625902

Nome:

Eden da Silva

Foi atendido às

hs. do dia

04/12/18

Diagnóstico Provável:

OTC (Código 604)

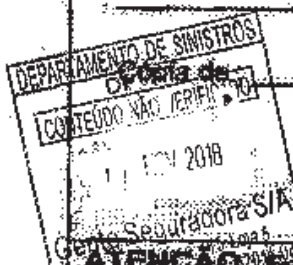
Tratamento Realizado:

O tratamento foi realizado

em 04/12/18 sem dor

Observação:

O segurado ambulatorial



Médico



ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 944189/2018.

NOME: EDSON DA SILVA.

Foi atendido às 23h31 do dia 11.03.2018.

Diagnóstico provável: T.C.E. - CONTUSÃO TEMPORAL
DIREITO - HSDA LAZARINA TEMPORAL DIREITO
+ HSDA LAZARINA BARIATRA DIREITA.
FRACTURA COSTA CERVICAL EM REGIÃO OCCIPITAL.
INATURALIZADA (ACIDENTE DE TRÔTTO)
ESCRIVÃO

Tratamento realizado: T.A.C. DE CÂNDIA - CONTUSÃO TEMPORAL
DIREITO - HSDA LAZARINA TEMPORAL DIREITO
+ HSDA LAZARINA BARIATRA DIREITA
TIPO TIPO VIDEAL.
ANALGESIA.
EXAMES LABORATORIAIS

Obs. ALTA HOSPITALAR EM 25-03-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23-04-2018

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4532

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4532

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815452



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1564884586

BRUNO DE ARAUJO SERA

CPF: 060.478.178-48 DATA NASCIMENTO: 30/12/1985

LOCAL: MARILIDE DE ARAUJO SR

PERMISÃO: ACC: DAY: 04/06/2004

1564884586

1564884586

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 9120-7

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RIGARDO GUMBLETON SAUNT

77735837

Edson da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 55.484.425-4 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 11/03/2015

NOME
EDSON DA SILVA

FILIAÇÃO
MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
SALOÁ - PE

DATA DE NASCIMENTO
20/03/1974

DOU ORIGEM
SALOÁ - PE IATECÁ CN:LV.A020/FLSº025/Nº05070

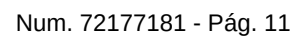
CPF
235395208/99

Assinatura do Diretor

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531154 **Cidade:** Paranatama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR TEMPORAL DIREITO E HEMATOMA EXTRADURAL LAMINAR PARIETAL DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

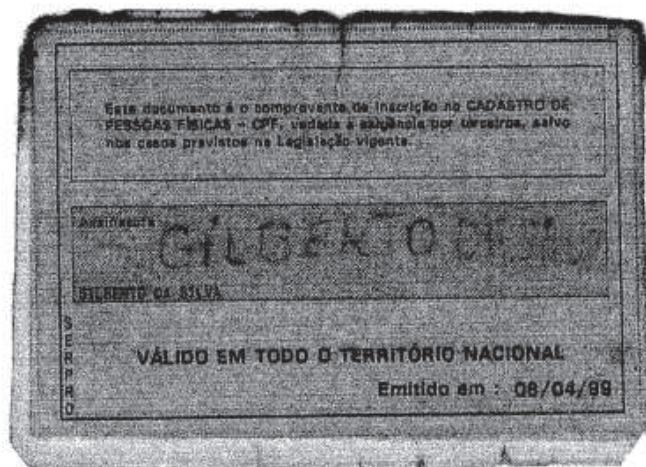
Documentos complementares:

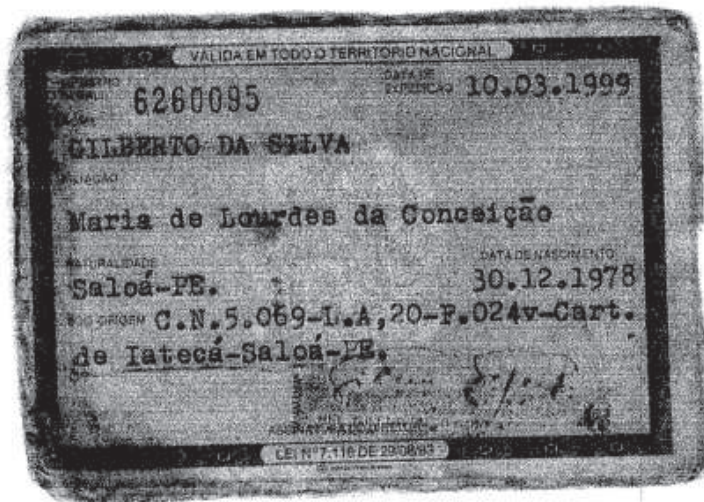
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00







PROCURAÇÃO PARA FINS DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DPVAT

OUTORGANTE: EDSON DA SILVA

RG 55484425-4 CPF 235395208-99 PROFISSÃO ABACUCADOR

ENDEREÇO RUA GIGANTE 16, GIGANTE, SALOÁ/PE
55350-000

OUTORGADO: Bruno de Araújo Soma

RG 6620402 CPF 060473174-48 PROFISSÃO ADVOGADO

ENDEREÇO Sítio Pau Falso, 2178, Zona Rural,
SALOÁ/PE. 55350-000. F 87 981521999

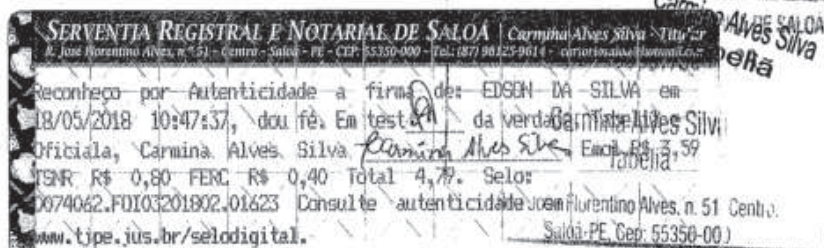
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LIDER DPVAT, BEM COMO A QUALQUER OUTRA INTEGRANTE DO CONSÓRCIO DO MENCIONADO SEGURO, a fim de protocolizar bem como acompanhar pedido referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT a que o outorgante tenha direito, e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento/Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, declaração de ausência de IML na região da residência do outorgante, declaração de residência em nome do outorgante, podendo, para Tanto, requerer o que for necessário, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar todos os atos permitidos pelo direito para perfeito cumprimento desta.

SALOÁ/PE, 18/05/2018
Local e Data



Edson da Silva

Outorgante (reconhecer por autenticidade)



Scanned by CamScanner

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410042/18

Vítima: EDSON DA SILVA

CPF: 235.395.208-99

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRUNO DE ARAUJO SENA : 060.473.174-48

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

EDSON DA SILVA : 235.395.208-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA
CPF: 060.473.174-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

BRUNO DE ARAUJO SENA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

