
Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200207530

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 09/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200207530**

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 09/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200207530

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 09/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

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: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006992-2

Conta: 000000572010-9

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200207530
Nome do(a) Examinado(a): GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA
Endereço do(a) Examinado(a): R ESTACAO, 28, C, FR CANECA
JAQUEIRA Pernambuco - CEP: 55409-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [sspPE / Pernambuco] 8159646
Data local do acidente: [09/02/2020]
Data local do exame: [27/06/2020] CARUARU - Pernambuco

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
Fratura segmentar de fêmur direito
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: Tratamento cirurgico de fratura de femur direito com haste intramedular
Complicações: sem complicações do referido acidente
Data da Alta: 27/06/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
Apresenta bloqueio de mobilidade do joelho com extensão total e flexão máxima de 80 graus
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Limitação funcional moderada do joelho direito.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)
- | | |
|--|---|
| ☐ "Vítima em tratamento" | ☐ "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
Joelho - Direito
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
(X) 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):

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

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

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Vítima apresenta ferimento na região dorsal do pé direito, sem sequelas anatomicas ou funcionais.

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


Jackson Jose Florencio Junior
CRM - PE 12.573
TEOT 13821
CPF - 04648138406
CRM - Pernambuco - 18573

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
086.113.334-03 GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2014

5 - Nome completo: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA 6 - CPF: 086.113.334-03
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA DA ESTAÇÃO 9 - Número: 28 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FREI CANECA 12 - Cidade: JAQUEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.409-000
15 - E-mail: BRUNNA - PERAZZO @HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (81) 9.9791-0084

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (Consente para os bancos aliados. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 6992 2 CONTA: 0572010 9
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que 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.

Fico muito sensibilizado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação dos efeitos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascidos (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, e se devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e apresentarem 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 requisição
36 - CPF legível de quem assina a requisição
37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1º Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife/PE, 03 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 085ª CIRCUNSCRIÇÃO - JAQUEIRA - DP85ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0175000132**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2020** às **09:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2020** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO BENEDITO DO SUL, 01, BR 101 - Bairro: CENTRO - SAO BENEDITO DO SUL/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS (NOTICIANTE)
JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS (OUTRO)
GIVALDINO CERIANO DA SILVA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVALDINO CERIANO DA SILVA LIMA**

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

MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: TEREZINHA MARIA IZIDORIO DA SILVA Pai: CICERO IZIDIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/5/1985 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JAQUEIRA, 28, RUA DA ESTAÇÃO - FREI CANECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JAQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

GIVALDINO CERIANO DA SILVA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: QUITERIA FILOMENA DA SILVA Pai: JOSÉ CERIANO DE LIMA Data de Nascimento: 6/11/1988 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JAQUEIRA, 28, RUA DA ESTAÇÃO - FREI CANECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JAQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): GIVALDINO CERIANO DA SILVA LIMA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS Objeto apreendido: Não Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **DYM5660 (RIO DE JANEIRO/RIO DE JANEIRO) Renavam: 924002018 Chassi: 9C2KC08107R196479**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007**

Complemento / Observação

SEGUNDO A NOTICIANTE, É ESPOSA DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTO NO SENTIDO QUIPAPÁ X JAQUEIRA QUANDO, EM UMA CURVA, TERIA SE CHOCADO DE FRENTE COM UMA OUTRA MOTO. AINDA SEGUNDO A NOTICIANTE, APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA TERIA SIDO CONDUZIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SÃO BENEDITO DO SUL, E DE LÁ TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE, ONDE TERIA FICADO INTERNADO E SE SUBMETIDO A 04 CIRURGIAS NA PERNA DIREITA. DAÍ SUA VINDA A ESTA DP PARA COMUNICAÇÃO DO FATO. OBS: PROTUÁRIO N 5879668-HR.

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

Maria Jose Izidio dos Santos

MARIA JOSE IZIDIO DOS SANTOS
(NOTICIANTE)

[Signature]

B.O. registrado por: **KARIM ALVES PIRES** - Matrícula: **221554-3**

Gisamilto Geriaco da Silva Lima



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
086.113.334-03 GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2014

5 - Nome completo: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA 6 - CPF: 086.113.334-03
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA DA ESTAÇÃO 9 - Número: 28 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FREI CANECA 12 - Cidade: JAQUEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.409-000
15 - E-mail: BRUNNA - PERAZZO @HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (81) 9.9791-0084

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Consente para os bancos aliados. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 6992 2 CONTA: 0572010 9
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que 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.

Fico muito sensibilizado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascidos (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, e se devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas pessoas beneficiárias que se apresentarem e apresentarem 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 requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife/PE, 03 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

746770

1. Hora de chegada: 19:15 2. Ocorrência em local: 19:40 3. Tipo de caso: 2 CO 4. Hora de conclusão: 01:15 5. Saída do hospital: 02:30

6. Motivo da ocorrência: Calor de insolação 7. Data: 09/02/2020

8. Tipo de ocorrência: ☐ 1. TPA ☒ 2. USB ☐ 3. VIP ☐ 4. Helicóptero ☐ 5. Alito

9. Origem da ocorrência: ☐ 1. TPA ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SAD

10. Medicação em uso: Amanida 11. Nome do paciente: Bianca

12. Paciente: Gibranillo Spriaco do Silva Junior 13. Sobrenome: Bianca

14. Data de nascimento: 06/11/1985 15. Idade: 34 16. Sexo: ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino

17. Logradouro: R. Edson Silva Paula 18. Nº: 15

19. Bairro: Paraisópolis 20. Unidade: Paraisópolis

21. Zila: ☐ 1. Urbano ☒ 2. Rural 22. Referência: Trav. Eng. Ricardo (São Benedito do Sul)

23. Local de ocorrência: ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Via ☐ 3. Via ☐ 4. Via ☐ 5. Via ☐ 6. Via ☐ 7. Via ☐ 8. Via ☐ 9. Via ☐ 10. Via ☐ 11. Via ☐ 12. Via ☐ 13. Via ☐ 14. Via ☐ 15. Via ☐ 16. Via ☐ 17. Via ☐ 18. Via ☐ 19. Via ☐ 20. Via ☐ 21. Via ☐ 22. Via ☐ 23. Via ☐ 24. Via ☐ 25. Via ☐ 26. Via ☐ 27. Via ☐ 28. Via ☐ 29. Via ☐ 30. Via ☐ 31. Via ☐ 32. Via ☐ 33. Via ☐ 34. Via ☐ 35. Via ☐ 36. Via ☐ 37. Via ☐ 38. Via ☐ 39. Via ☐ 40. Via ☐ 41. Via ☐ 42. Via ☐ 43. Via ☐ 44. Via ☐ 45. Via ☐ 46. Via ☐ 47. Via ☐ 48. Via ☐ 49. Via ☐ 50. Via ☐ 51. Via ☐ 52. Via ☐ 53. Via ☐ 54. Via ☐ 55. Via ☐ 56. Via ☐ 57. Via ☐ 58. Via ☐ 59. Via ☐ 60. Via ☐ 61. Via ☐ 62. Via ☐ 63. Via ☐ 64. Via ☐ 65. Via ☐ 66. Via ☐ 67. Via ☐ 68. Via ☐ 69. Via ☐ 70. Via ☐ 71. Via ☐ 72. Via ☐ 73. Via ☐ 74. Via ☐ 75. Via ☐ 76. Via ☐ 77. Via ☐ 78. Via ☐ 79. Via ☐ 80. Via ☐ 81. Via ☐ 82. Via ☐ 83. Via ☐ 84. Via ☐ 85. Via ☐ 86. Via ☐ 87. Via ☐ 88. Via ☐ 89. Via ☐ 90. Via ☐ 91. Via ☐ 92. Via ☐ 93. Via ☐ 94. Via ☐ 95. Via ☐ 96. Via ☐ 97. Via ☐ 98. Via ☐ 99. Via ☐ 100. Via ☐ 101. Via ☐ 102. Via ☐ 103. Via ☐ 104. Via ☐ 105. Via ☐ 106. Via ☐ 107. Via ☐ 108. Via ☐ 109. Via ☐ 110. Via ☐ 111. Via ☐ 112. Via ☐ 113. Via ☐ 114. Via ☐ 115. Via ☐ 116. Via ☐ 117. Via ☐ 118. Via ☐ 119. Via ☐ 120. Via ☐ 121. Via ☐ 122. Via ☐ 123. Via ☐ 124. Via ☐ 125. Via ☐ 126. Via ☐ 127. Via ☐ 128. Via ☐ 129. Via ☐ 130. Via ☐ 131. Via ☐ 132. Via ☐ 133. Via ☐ 134. Via ☐ 135. Via ☐ 136. Via ☐ 137. Via ☐ 138. Via ☐ 139. Via ☐ 140. Via ☐ 141. Via ☐ 142. Via ☐ 143. Via ☐ 144. Via ☐ 145. Via ☐ 146. Via ☐ 147. Via ☐ 148. Via ☐ 149. Via ☐ 150. Via ☐ 151. Via ☐ 152. Via ☐ 153. Via ☐ 154. Via ☐ 155. Via ☐ 156. Via ☐ 157. Via ☐ 158. Via ☐ 159. Via ☐ 160. Via ☐ 161. Via ☐ 162. Via ☐ 163. Via ☐ 164. Via ☐ 165. Via ☐ 166. Via ☐ 167. Via ☐ 168. Via ☐ 169. Via ☐ 170. Via ☐ 171. Via ☐ 172. Via ☐ 173. Via ☐ 174. Via ☐ 175. Via ☐ 176. Via ☐ 177. Via ☐ 178. Via ☐ 179. Via ☐ 180. Via ☐ 181. Via ☐ 182. Via ☐ 183. Via ☐ 184. Via ☐ 185. Via ☐ 186. Via ☐ 187. Via ☐ 188. Via ☐ 189. Via ☐ 190. Via ☐ 191. Via ☐ 192. Via ☐ 193. Via ☐ 194. Via ☐ 195. Via ☐ 196. Via ☐ 197. Via ☐ 198. Via ☐ 199. Via ☐ 200. Via ☐ 201. Via ☐ 202. Via ☐ 203. Via ☐ 204. Via ☐ 205. Via ☐ 206. Via ☐ 207. Via ☐ 208. Via ☐ 209. Via ☐ 210. Via ☐ 211. Via ☐ 212. Via ☐ 213. Via ☐ 214. Via ☐ 215. Via ☐ 216. Via ☐ 217. Via ☐ 218. Via ☐ 219. Via ☐ 220. Via ☐ 221. Via ☐ 222. Via ☐ 223. Via ☐ 224. Via ☐ 225. Via ☐ 226. Via ☐ 227. Via ☐ 228. Via ☐ 229. Via ☐ 230. Via ☐ 231. Via ☐ 232. Via ☐ 233. Via ☐ 234. Via ☐ 235. Via ☐ 236. Via ☐ 237. Via ☐ 238. Via ☐ 239. Via ☐ 240. Via ☐ 241. Via ☐ 242. Via ☐ 243. Via ☐ 244. Via ☐ 245. Via ☐ 246. Via ☐ 247. Via ☐ 248. Via ☐ 249. Via ☐ 250. Via ☐ 251. Via ☐ 252. Via ☐ 253. Via ☐ 254. Via ☐ 255. Via ☐ 256. Via ☐ 257. Via ☐ 258. Via ☐ 259. Via ☐ 260. Via ☐ 261. Via ☐ 262. Via ☐ 263. Via ☐ 264. Via ☐ 265. Via ☐ 266. Via ☐ 267. Via ☐ 268. Via ☐ 269. Via ☐ 270. Via ☐ 271. Via ☐ 272. Via ☐ 273. Via ☐ 274. Via ☐ 275. Via ☐ 276. Via ☐ 277. Via ☐ 278. Via ☐ 279. Via ☐ 280. Via ☐ 281. Via ☐ 282. Via ☐ 283. Via ☐ 284. Via ☐ 285. Via ☐ 286. Via ☐ 287. Via ☐ 288. Via ☐ 289. Via ☐ 290. Via ☐ 291. Via ☐ 292. Via ☐ 293. Via ☐ 294. Via ☐ 295. Via ☐ 296. Via ☐ 297. Via ☐ 298. Via ☐ 299. Via ☐ 300. Via ☐ 301. Via ☐ 302. Via ☐ 303. Via ☐ 304. Via ☐ 305. Via ☐ 306. Via ☐ 307. Via ☐ 308. Via ☐ 309. Via ☐ 310. Via ☐ 311. Via ☐ 312. Via ☐ 313. Via ☐ 314. Via ☐ 315. Via ☐ 316. Via ☐ 317. Via ☐ 318. Via ☐ 319. Via ☐ 320. Via ☐ 321. Via ☐ 322. Via ☐ 323. Via ☐ 324. Via ☐ 325. Via ☐ 326. Via ☐ 327. Via ☐ 328. Via ☐ 329. Via ☐ 330. Via ☐ 331. Via ☐ 332. Via ☐ 333. Via ☐ 334. Via ☐ 335. Via ☐ 336. Via ☐ 337. Via ☐ 338. Via ☐ 339. Via ☐ 340. Via ☐ 341. Via ☐ 342. Via ☐ 343. Via ☐ 344. Via ☐ 345. Via ☐ 346. Via ☐ 347. Via ☐ 348. Via ☐ 349. Via ☐ 350. Via ☐ 351. Via ☐ 352. Via ☐ 353. Via ☐ 354. Via ☐ 355. Via ☐ 356. Via ☐ 357. Via ☐ 358. Via ☐ 359. Via ☐ 360. Via ☐ 361. Via ☐ 362. Via ☐ 363. Via ☐ 364. Via ☐ 365. Via ☐ 366. Via ☐ 367. Via ☐ 368. Via ☐ 369. Via ☐ 370. Via ☐ 371. Via ☐ 372. Via ☐ 373. Via ☐ 374. Via ☐ 375. Via ☐ 376. Via ☐ 377. Via ☐ 378. Via ☐ 379. Via ☐ 380. Via ☐ 381. Via ☐ 382. Via ☐ 383. Via ☐ 384. Via ☐ 385. Via ☐ 386. Via ☐ 387. Via ☐ 388. Via ☐ 389. Via ☐ 390. Via ☐ 391. Via ☐ 392. Via ☐ 393. Via ☐ 394. Via ☐ 395. Via ☐ 396. Via ☐ 397. Via ☐ 398. Via ☐ 399. Via ☐ 400. Via ☐ 401. Via ☐ 402. Via ☐ 403. Via ☐ 404. Via ☐ 405. Via ☐ 406. Via ☐ 407. Via ☐ 408. Via ☐ 409. Via ☐ 410. Via ☐ 411. Via ☐ 412. Via ☐ 413. Via ☐ 414. Via ☐ 415. Via ☐ 416. Via ☐ 417. Via ☐ 418. Via ☐ 419. Via ☐ 420. Via ☐ 421. Via ☐ 422. Via ☐ 423. Via ☐ 424. Via ☐ 425. Via ☐ 426. Via ☐ 427. Via ☐ 428. Via ☐ 429. Via ☐ 430. Via ☐ 431. Via ☐ 432. Via ☐ 433. Via ☐ 434. Via ☐ 435. Via ☐ 436. Via ☐ 437. Via ☐ 438. Via ☐ 439. Via ☐ 440. Via ☐ 441. Via ☐ 442. Via ☐ 443. Via ☐ 444. Via ☐ 445. Via ☐ 446. Via ☐ 447. Via ☐ 448. Via ☐ 449. Via ☐ 450. Via ☐ 451. Via ☐ 452. Via ☐ 453. Via ☐ 454. Via ☐ 455. Via ☐ 456. Via ☐ 457. Via ☐ 458. Via ☐ 459. Via ☐ 460. Via ☐ 461. Via ☐ 462. Via ☐ 463. Via ☐ 464. Via ☐ 465. Via ☐ 466. Via ☐ 467. Via ☐ 468. Via ☐ 469. Via ☐ 470. Via ☐ 471. Via ☐ 472. Via ☐ 473. Via ☐ 474. Via ☐ 475. Via ☐ 476. Via ☐ 477. Via ☐ 478. Via ☐ 479. Via ☐ 480. Via ☐ 481. Via ☐ 482. Via ☐ 483. Via ☐ 484. Via ☐ 485. Via ☐ 486. Via ☐ 487. Via ☐ 488. Via ☐ 489. Via ☐ 490. Via ☐ 491. Via ☐ 492. Via ☐ 493. Via ☐ 494. Via ☐ 495. Via ☐ 496. Via ☐ 497. Via ☐ 498. Via ☐ 499. Via ☐ 500. Via ☐ 501. Via ☐ 502. Via ☐ 503. Via ☐ 504. Via ☐ 505. Via ☐ 506. Via ☐ 507. Via ☐ 508. Via ☐ 509. Via ☐ 510. Via ☐ 511. Via ☐ 512. Via ☐ 513. Via ☐ 514. Via ☐ 515. Via ☐ 516. Via ☐ 517. Via ☐ 518. Via ☐ 519. Via ☐ 520. Via ☐ 521. Via ☐ 522. Via ☐ 523. Via ☐ 524. Via ☐ 525. Via ☐ 526. Via ☐ 527. Via ☐ 528. Via ☐ 529. Via ☐ 530. Via ☐ 531. Via ☐ 532. Via ☐ 533. Via ☐ 534. Via ☐ 535. Via ☐ 536. Via ☐ 537. Via ☐ 538. Via ☐ 539. Via ☐ 540. Via ☐ 541. Via ☐ 542. Via ☐ 543. Via ☐ 544. Via ☐ 545. Via ☐ 546. Via ☐ 547. Via ☐ 548. Via ☐ 549. Via ☐ 550. Via ☐ 551. Via ☐ 552. Via ☐ 553. Via ☐ 554. Via ☐ 555. Via ☐ 556. Via ☐ 557. Via ☐ 558. Via ☐ 559. Via ☐ 560. Via ☐ 561. Via ☐ 562. Via ☐ 563. Via ☐ 564. Via ☐ 565. Via ☐ 566. Via ☐ 567. Via ☐ 568. Via ☐ 569. Via ☐ 570. Via ☐ 571. Via ☐ 572. Via ☐ 573. Via ☐ 574. Via ☐ 575. Via ☐ 576. Via ☐ 577. Via ☐ 578. Via ☐ 579. Via ☐ 580. Via ☐ 581. Via ☐ 582. Via ☐ 583. Via ☐ 584. Via ☐ 585. Via ☐ 586. Via ☐ 587. Via ☐ 588. Via ☐ 589. Via ☐ 590. Via ☐ 591. Via ☐ 592. Via ☐ 593. Via ☐ 594. Via ☐ 595. Via ☐ 596. Via ☐ 597. Via ☐ 598. Via ☐ 599. Via ☐ 600. Via ☐ 601. Via ☐ 602. Via ☐ 603. Via ☐ 604. Via ☐ 605. Via ☐ 606. Via ☐ 607. Via ☐ 608. Via ☐ 609. Via ☐ 610. Via ☐ 611. Via ☐ 612. Via ☐ 613. Via ☐ 614. Via ☐ 615. Via ☐ 616. Via ☐ 617. Via ☐ 618. Via ☐ 619. Via ☐ 620. Via ☐ 621. Via ☐ 622. Via ☐ 623. Via ☐ 624. Via ☐ 625. Via ☐ 626. Via ☐ 627. Via ☐ 628. Via ☐ 629. Via ☐ 630. Via ☐ 631. Via ☐ 632. Via ☐ 633. Via ☐ 634. Via ☐ 635. Via ☐ 636. Via ☐ 637. Via ☐ 638. Via ☐ 639. Via ☐ 640. Via ☐ 641. Via ☐ 642. Via ☐ 643. Via ☐ 644. Via ☐ 645. Via ☐ 646. Via ☐ 647. Via ☐ 648. Via ☐ 649. Via ☐ 650. Via ☐ 651. Via ☐ 652. Via ☐ 653. Via ☐ 654. Via ☐ 655. Via ☐ 656. Via ☐ 657. Via ☐ 658. Via ☐ 659. Via ☐ 660. Via ☐ 661. Via ☐ 662. Via ☐ 663. Via ☐ 664. Via ☐ 665. Via ☐ 666. Via ☐ 667. Via ☐ 668. Via ☐ 669. Via ☐ 670. Via ☐ 671. Via ☐ 672. Via ☐ 673. Via ☐ 674. Via ☐ 675. Via ☐ 676. Via ☐ 677. Via ☐ 678. Via ☐ 679. Via ☐ 680. Via ☐ 681. Via ☐ 682. Via ☐ 683. Via ☐ 684. Via ☐ 685. Via ☐ 686. Via ☐ 687. Via ☐ 688. Via ☐ 689. Via ☐ 690. Via ☐ 691. Via ☐ 692. Via ☐ 693. Via ☐ 694. Via ☐ 695. Via ☐ 696. Via ☐ 697. Via ☐ 698. Via ☐ 699. Via ☐ 700. Via ☐ 701. Via ☐ 702. Via ☐ 703. Via ☐ 704. Via ☐ 705. Via ☐ 706. Via ☐ 707. Via ☐ 708. Via ☐ 709. Via ☐ 710. Via ☐ 711. Via ☐ 712. Via ☐ 713. Via ☐ 714. Via ☐ 715. Via ☐ 716. Via ☐ 717. Via ☐ 718. Via ☐ 719. Via ☐ 720. Via ☐ 721. Via ☐ 722. Via ☐ 723. Via ☐ 724. Via ☐ 725. Via ☐ 726. Via ☐ 727. Via ☐ 728. Via ☐ 729. Via ☐ 730. Via ☐ 731. Via ☐ 732. Via ☐ 733. Via ☐ 734. Via ☐ 735. Via ☐ 736. Via ☐ 737. Via ☐ 738. Via ☐ 739. Via ☐ 740. Via ☐ 741. Via ☐ 742. Via ☐ 743. Via ☐ 744. Via ☐ 745. Via ☐ 746. Via ☐ 747. Via ☐ 748. Via ☐ 749. Via ☐ 750. Via ☐ 751. Via ☐ 752. Via ☐ 753. Via ☐ 754. Via ☐ 755. Via ☐ 756. Via ☐ 757. Via ☐ 758. Via ☐ 759. Via ☐ 760. Via ☐ 761. Via ☐ 762. Via ☐ 763. Via ☐ 764. Via ☐ 765. Via ☐ 766. Via ☐ 767. Via ☐ 768. Via ☐ 769. Via ☐ 770. Via ☐ 771. Via ☐ 772. Via ☐ 773. Via ☐ 774. Via ☐ 775. Via ☐ 776. Via ☐ 777. Via ☐ 778. Via ☐ 779. Via ☐ 780. Via ☐ 781. Via ☐ 782. Via ☐ 783. Via ☐ 784. Via ☐ 785. Via ☐ 786. Via ☐ 787. Via ☐ 788. Via ☐ 789. Via ☐ 790. Via ☐ 791. Via ☐ 792. Via ☐ 793. Via ☐ 794. Via ☐ 795. Via ☐ 796. Via ☐ 797. Via ☐ 798. Via ☐ 799. Via ☐ 800. Via ☐ 801. Via ☐ 802. Via ☐ 803. Via ☐ 804. Via ☐ 805. Via ☐ 806. Via ☐ 807. Via ☐ 808. Via ☐ 809. Via ☐ 810. Via ☐ 811. Via ☐ 812. Via ☐ 813. Via ☐ 814. Via ☐ 815. Via ☐ 816. Via ☐ 817. Via ☐ 818. Via ☐ 819. Via ☐ 820. Via ☐ 821. Via ☐ 822. Via ☐ 823. Via ☐ 824. Via ☐ 825. Via ☐ 826. Via ☐ 827. Via ☐ 828. Via ☐ 829. Via ☐ 830. Via ☐ 831. Via ☐ 832. Via ☐ 833. Via ☐ 834. Via ☐ 835. Via ☐ 836. Via ☐ 837. Via ☐ 838. Via ☐ 839. Via ☐ 840. Via ☐ 841. Via ☐ 842. Via ☐ 843. Via ☐ 844. Via ☐ 845. Via ☐ 846. Via ☐ 847. Via ☐ 848. Via ☐ 849. Via ☐ 850. Via ☐ 851. Via ☐ 852. Via ☐ 853. Via ☐ 854. Via ☐ 855. Via ☐ 856. Via ☐ 857. Via ☐ 858. Via ☐ 859. Via ☐ 860. Via ☐ 861. Via ☐ 862. Via ☐ 863. Via ☐ 864. Via ☐ 865. Via ☐ 866. Via ☐ 867. Via ☐ 868. Via ☐ 869. Via ☐ 870. Via ☐ 871. Via ☐ 872. Via ☐ 873. Via ☐ 874. Via ☐ 875. Via ☐ 876. Via ☐ 877. Via ☐ 878. Via ☐ 879. Via ☐ 880. Via ☐ 881. Via ☐ 882. Via ☐ 883. Via ☐ 884. Via ☐ 885. Via ☐ 886. Via ☐ 887. Via ☐ 888. Via ☐ 889. Via ☐ 890. Via ☐ 891. Via ☐ 892. Via ☐ 893. Via ☐ 894. Via ☐ 895. Via ☐ 896. Via ☐ 897. Via ☐ 898. Via ☐ 899. Via ☐ 900. Via ☐ 901. Via ☐ 902. Via ☐ 903. Via ☐ 904. Via ☐ 905. Via ☐ 906. Via ☐ 907. Via ☐ 908. Via ☐ 909. Via ☐ 910. Via ☐ 911. Via ☐ 912. Via ☐ 913. Via ☐ 914. Via ☐ 915. Via ☐ 916. Via ☐ 917. Via ☐ 918. Via ☐ 919. Via ☐ 920. Via ☐ 921. Via ☐ 922. Via ☐ 923. Via ☐ 924. Via ☐ 925. Via ☐ 926. Via ☐ 927. Via ☐ 928. Via ☐ 929. Via ☐ 930. Via ☐ 931. Via ☐ 932. Via ☐ 933. Via ☐ 934. Via ☐ 935. Via ☐ 936. Via ☐ 937. Via ☐ 938. Via ☐ 939. Via ☐ 940. Via ☐ 941. Via ☐ 942. Via ☐ 943. Via ☐ 944. Via ☐ 945. Via ☐ 946. Via ☐ 947. Via ☐ 948. Via ☐ 949. Via ☐ 950. Via ☐ 951. Via ☐ 952. Via ☐ 953. Via ☐ 954. Via ☐ 955. Via ☐ 956. Via ☐ 957. Via ☐ 958. Via ☐ 959. Via ☐ 960. Via ☐ 961. Via ☐ 962. Via ☐ 963. Via ☐ 964. Via ☐ 965. Via ☐ 966. Via

- ☒ 1. Início: Lateral, cervical ☒ 2. Utilização da prancha
- ☒ 3. Início: Membros ☐ 4. KED
- ☐ 5. Oxioterapia

Assinatura
João Paulo de Souza Silva
COREN-PE 306.928 ENF
Cópia em
06.05.2020

53. Unidade de destino:

HR

57. Meios que recebeu:

Rita Mota
CRM: 19281-PE
Médica
Neurocirurgia

55. Equipos:

Médico assistente:

Enfermeiro:

Valdineia

Técnico de enfermagem:

Verônica

Coordenador/Fisio:

Ronaldo

Responsável pelo encaminhamento:

Verônica M. Brito da Silva
COREN-PE 432676
T. CHICA SOCORRISTA
C. SIU - JACQUEIRA-PE

Solicitou apoio da UTI

☐ 1. Sim

☒ 2. Não

Observações:

52. Outras observações:

Paciente vítima de colisão de moto com moto com fratura exposta em MIO + expostas das tendões, com certo grau de confusão.

Reencaminhado

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Causa:

Destino:

Obs. Registrar todos os procedimentos realizados no tempo das observações.

56. Cancelamento da ocorrência

☐ 1. Pelo médico requiridor

☐ 2. Pelo solicitante

☐ 3. Por falta

☐ 4. Por cenário de risco para a equipe

66. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recebeu atendimento mesmo contra orientação médica

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data: / /

67. Múltiplas vítimas:

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06992-2

CONTA: 000000572010-9

Nr. Autenticação

BRDESCO0207202005000000000023706992000000572010168750 PAGO

Recibo do Telegrama	Data	Hora	MB143298187BR 2168 
	Nome Legível do Recebedor		
Uso dos Correios	Rubrica do Cartão	Matrícula	Tipo/Serviços Adicionais DHP 25/09/2019 09:11



DESTACAR AQUI

REMITENTE

RENATA CARNEIRO LEITE
Rua Quarenta e Oito 208 APT 1003
Espinhoeiro
52020-060 A-Recife/PE

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

- | | |
|---|---|
| ☐ 1 Mudou-se | ☐ 6 Recusado |
| ☐ 2 Ausente | ☐ 7 Falecido |
| ☐ 3 Desconhecido | ☐ 8 Não existe o número indicado |
| ☐ 4 Endereço insuficiente. Falhou: | |
| ☐ 5 Outros (Especificar): | |

5340183-1

DESTINATÁRIO

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
Avenida Conde da Boa Vista 50 SALA 1031 - 10º
ANDAR
Boa Vista
50060-002 - Recife/PE

NÚMERO DO TELEGRAMA MB143298187BR 2168



DHP 25/09/2019 09:11

PE 25/09:13:41

DESTACAR AQUI

216 x 267mm

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 Brunna Marques Perazzo Seixas inscrito (a) no CPF 052.200.554 / 37,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Givanildo Ceriaco Da Silva Lima inscrito
(a) no CPF sob o Nº 086.113.334 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
Givanildo Ceriaco Da Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.113.334 / 03, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
CNH e Comprovante de Residência.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço Avenida Conde da Boa Vista		Número 50	Complemento SL 1031
Bairro Boa Vista	Cidade Recife	Estado PE	CEP 50.060-002
Email BRUNNA_PERRAZO@HOTMAIL.COM		Telefone comercial(DDD) (81) 3040-6412	Telefone celular (DDD) (81) 9.9791-0084

Recife/PE, 03 de Junho de 2020
Local e Data

Brunna M. Perazzo
Assinatura do Declarante



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : Pothyra Pascoal
Residente
CRM : Traumatologia / Ortopedia
End. : CREMEPE 29381Cidade : _____ UF : _____
Telefone : _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Givanildo Leriaco da SilvaEndereço : Uso OralPrescrição : ① Clindamicina 30mg — 28cp
Tomar os cp de 6/6h por 7 dias② Ciprofloxacino 500 mg — 14 cp
de 12/12h por 7 dias

FARMÁCIA PERMANENTE
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS
NABUCO CP
R. S. 1938 - Derby - Recife - PE
FONE: 3333-3011
CNPJ: 06.910.046-30

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____
Ident. : _____ Org. Emissor : _____
End. : _____
Cidade : _____ UF : _____
Telefone : _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Pothyra Pascoal
Residente
Traumatologia / Ortopedia
CREMEPE 29381

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : ____/____/____

Cod. 0339



Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Serviço de Traumato-Ortopedia



DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que **GIVANILDO CERIACO DA SILVA**, sob o registro hospitalar **1712080** está internada nesta unidade hospitalar, desde o dia **09/02/2020**, para tratamento cirúrgico ortopédico com quadro de **FRATURA MEMBRO INFERIOR DIREITO**.
Paciente sem previsão de alta hospitalar.
CID: S723

Data: 17 de março de 2020

Dr. Káio Mayno C. A.
MÉDICO
CRM-P 7407

Médico – CRM

5879668 HPL

049

PREFEITURA DE
SÃO BENEDITO DO SUL
Respeito a nossa gente

MATERNIDADE UNIDADE MISTA SANTA RITA

SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal de Saúde

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data: 09/02/20

Hora: 20:15

PACIENTE

C. SUS:

Fone:

Nome: G. Valéria Sericeo de Silva Lima Documento Nº

Genitora:

Data Nas.: 1/1 Idade: 30 Sexo: M Cor: Pca

Endereço: A. Senem Lima Paula

Bairro: Ponto de Referência:

OCORRÊNCIA

☒ Acidente de Trânsito☐ Acidente de Trabalho☐ Suicídio☐ Outros Acidentes☐ Picada de Animais Peçonhentos☐ Agressão☐ Intoxicação Medicamentos☐ Intoxicação c/ Agrotóxicos☐ Outras Causas

Local de Ocorrência:

Acompanhamento:

ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO

Paciente vítima de acidente

EXAME FÍSICO

PESO

TEMP

PA

FC

FR

100x70

80

SpO2 97%

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1712080

Nome: Qivanildo Leirao da Silva

Foi atendido às 23:46 hs. do dia 09/02/2020

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motociclístico e fratura em fêmur e patela direitos + osteomielite patela D.

Tratamento Realizado: Tratamento cirúrgico para fratura de fêmur e patela direitos + antibioticoterapia.

Observação: Retenar em 30 dias para consulta ambulatorial (Ortopedia - Dr. Fabio Breardão). Tratamento das atividades laborais por 60 dias.

Cópia de:

Pothyra Pascoal
Residente

Medicina Ortopedia
CREMEPE 29381

25/03/2020

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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1712080

Nome: Qirvanildo Leirao da Silva

Foi atendido às 23:46 hs. do dia 09/02/2020

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motociclístico e fratura em fêmur e patela direitos + osteomielite patela D.

Tratamento Realizado: Tratamento cirúrgico para fratura de fêmur e patela direitos + antibioticoterapia.

Observação: Retornar em 30 dias para consulta ambulatorial (Ortopedia) (Dr. Fabio Brandão). Tratamento das atividades laborais por 60 dias.

Cópia de:

Pothyra Pascoal
Residente

Medicina Ortopedia
CREMEPE 29381

25/03/2020

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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200207530 **Cidade:** São Benedito do Sul **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILDO CERIANO DA SILVA **Data do acidente:** 09/02/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A
LIMA

PARECER

Diagnóstico: Fratura segmentar de fêmur direito

Descrição do exame físico: Apresenta bloqueio de mobilidade do joelho com extensão total e flexão máxima de 80 graus

Resultados terapêuticos: Limitação de mobilidade articular do joelho direito

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/06/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161268/20

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

CPF: 086.113.334-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/02/2020

Titular do CPF: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA : 086.113.334-03

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: 09/06/2020
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 8.159.646-505/PE CPF: 086.113.334-03
Endereço: RUA DA ESTAÇÃO, 28 - FREI CANECA - SAQUEIRA - PE -
CEP: 55.409-000.

OUTORGADO:

Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADA
Profissão: ADVOGADA
Identidade: 27708 OAB/PE CPF: 052.200.554-37
Endereço: AV. CONDE DA BOA VISTA 50, BOAVISTA RECIFE/PE - 50.060-002

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo neste bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

RECIFE/PE, 03 DE JUNHO DE 2020.

Local e data

Givanildo Ceriaco da Silva Lima

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161268/20

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

CPF: 086.113.334-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/02/2020

Titular do CPF: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA : 086.113.334-03

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: 09/06/2020
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Marta Marinho dos Santos