

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGIVALDO DA SILVA MELO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02345-0

CONTA: 000000008671-1

Nr. da Autenticação 435D8A3D1A4EEC30

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200403615 **Cidade:** Gararu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. PÁG 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200403615 Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO

Data do Acidente: 10/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EGIVALDO DA SILVA MELO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você





SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL Dr. FRANCISCO ROLLEMBERG
upa_portodafolha@hotmail.com
Pça. Antônio Pinto Rezende, 226, Centro
Tel.: (79) 3349-2091

UPA
24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

CARTÃO SUS N° 704 1051 2180 4075 REGISTRO N° 6.361

NOME: Guilherme da Silva Melo RAÇA/COR: _____

SEXO MASC. (x) FEM. () IDADE: 52 anos DATA DE NASC. 02/06/1967

RG: 1.334.344 SSP: SE N° DO SISPRENATAL: _____

DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020 HORA: 07:07 Est. Civil: Solteiro

FILIAÇÃO: PAI: Emídio de Oliveira Melo
MÃE: Maria dos Prazeres da Silva

ENDEREÇO: Rua: Lagoa do Vale CIDADE: Barão de Profissão: professor

BAIRRO: _____ TELEFONE: _____

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: O mesmo TELEFONE DO RESPONSÁVEL: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

DIAGNOSTICO: _____

DATA	HORA	ANAMNESE E EXAMES FÍSICO
10/03/2020	07:07	Plta. 1. História Clínica de paciente atendido no UPA. Exames físicos dentro da normalidade. Cópia fotostática e reprodução do original que foi exta. em test. de verdade. D TABELADO <u>Marcia</u> <u>Santos Albuquerque</u> <u>15.03.2020</u> Barão de

DATA	HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES
10/03/2020	07:07	D 1100 + Clb. D 100 - Paracetamol 500mg D 100 - Paracetamol 500mg D 100 - Paracetamol 500mg D 100 - Paracetamol 500mg D 100 - Paracetamol 500mg	X 08:30

EXAMES SOLICITADOS

ULTRASSONOGRAFIA: _____

RAIO X: _____

LABORATÓRIO: _____

DESTINO

TRANSFERÊNCIAS	ADMISSÃO NO PS (até 24h)	INTERNAÇÃO
ALTA - DATA: <u>10/03/2020</u> HORA: <u>07:20</u>	ÓBITO - DATA: <u>/</u> HORA: <u>/</u>	

S
E

DOC ENTRADA FORA LIMITE DE
21233829 889 96

020.003.675-00	DATA INGRESSO
	28/11/1981

LUIZETE SANTOS DE
OLIVEIRA ROSA

FEINER	ACC	CAT
AB	AB	AB

IP REGISTRO	VALIDADE	1ª PUBLICAÇÃO
0465944737E	07/01/2024	02/06/2009

SEM OBSERVAÇÃO:

pour route de St Julien Bour

SIGNATURA DEL REQUISITO

ARACAJU, SE

03/01/2019

Luciana Cavêda Dêda Chagas de Melo

ARMANDO A. DE LUCA

SERGIPE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1749963409

PROIBIDO PLASTIFICAR
1749963409

DEK 2 PANGLIOWICZ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"



POLEGAR DIREITO

Esquivado Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GREG & SONS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

CS

8

6

3

0

5

0

9

7

2

4

3

000002973391
DETRAN - SE

Nº 016157538547

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

1

CÓD. RENAVAL

00462135985

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

2020

NOME

EGIVALDO DA SILVA MELO

CPF / CNPJ

873.005.675-68

PLACA

0 E 0 8 7 0 8

PLACA ANT / UF

0 E 0 8 7 0 8/SE

CHASSI

9 C 2 K C 1 6 7 0 C R 5 3 1 1 9 2

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2012

ANO MOD

2012

CAP / POT / CIL

2P/14CV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

PAGO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEM RESTRICÖES FINANCEIRAS

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES PBT 30

DOCUMENTO DE POSSE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

MOTOR: KC16E7C531192

LOCAL

GARARU-SE

ABNER MELO SILVA
DIRETOR PRESIDENTE

DATA

26/03/2020

EXPEDIDOR

CONTRAN

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Egivaldo Da Silva Melo
 (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Arquiteto, portador da cédula
 de identidade RG nº 1334348, emitido pela SSP / (UF) SE,
 inscrito sob o CPF nº 84300567568, residente na (endereço
 completo) Rua Magalhães, na cidade de
Caruaru, (UF) SE, CEP 55.830-000, nomeio e
 constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Manoel D. O. Freire
 (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Arquiteto, portador da cédula
 de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
 inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
 completo) Rua Dom Saldanha, na cidade de
Caruaru, (UF) SE, CEP 55.680-000, a quem confiro
 amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
 documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) Egivaldo Da Silva Melo
 junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Caruaru 10.11.2020

(assinatura) Egivaldo da Silva Melo

(RG) 1334348

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

10/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:19:09
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: EGIVALDO DA SILVA MELO

AGENCIA: 2345-0 CONTA : 8.671-1

DATA : 10/11/2020

NR. DOCUMENTO 082273533101909

VALOR DINHEIRO 2,00

VALOR TOTAL 2,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 1

NR. AUTENTICACAO E.7AE.0FE.C83.538.091

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL				
REGISTRO GERAL	1.334.349	2. VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	02/05/2012
NOME	EGIVALDO DA SILVA MELO			
FILIAÇÃO	EMÍDIO DE OLIVEIRA MELO MARIA DOS PRAZERES DA SILVA			
NATURALIDADE	GARARU-SE			
DOC ORIGEM	CT. NASCIM. NR 1776 LV A18 FL 59V CART. DIST. COM. GARARU/SE			
CPF	87300567568			
PIS/PASEP	 F. ASSINATURA DO DIRETOR DA SILVA			
15110 DE 20/08/2012				



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00081476/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/11/2020 10:39:51 Data/Hora Fim: 04/11/2020 11:04:08
Origem: Órgão: Outros Tipo Documento: Outros
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto da Folha

Data/Hora do Fato: 10/03/2020 08:00

Local do Fato

Município: Gararu (SE)
Bairro: Jibóia
Logradouro: RODOVIA SE 200
Complemento: ESTRADA ACESSO A LAGOA DE DENTRO
Ponto de Referência: ENFRETE CASA DE ESTER
Tipo do Local: Via Pública

Nº S/N
CEP: 49.800-000

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EGIVALDO DA SILVA MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 02/06/1967	Idade: 53
Profissão: Agricultor	Naturalidade: Gararu - SE		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria dos Prazeres da Silva			

Documento(s)

CPF: 873.005.675-68

Endereço

Município: Gararu - SE
Logradouro: POVOA DO LAGOA DO PORCO
Complemento: PROXIMO A CAIXA D'ÁGUA
Bairro: Lagoa Do Porco

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Ciclomotor
CPF/CNPJ do Proprietário 873.005.675-68	Placa OEO8708
Renavam 00462135985	Número do Motor KC16E7C531192
Número do Chassi 9C2KC1670CR531192	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo SE
Município Veículo Gararu	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 26/03/2020	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos

10/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:19:09
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: EGIVALDO DA SILVA MELO

AGENCIA: 2345-0 CONTA : 8.671-1

DATA : 10/11/2020

NR. DOCUMENTO 082273533101909

VALOR DINHEIRO 2,00

VALOR TOTAL 2,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 1

NR. AUTENTICACAO E.7AE.0FE.C83.538.091

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

EGIVALDO DA SILVA MELO
POV ALAGOINHA, 0 - AREA RURAL
GARARU / SE CEP: 49830000 (AG: 481)

CPF/CNPJ/RANI: 873.005.875-88



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 6 - 390 - 731 - 701 Nº Medidor: W5035140691



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

3/1103858-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00011038585



VALOR DA FATURA

R\$ 16,43



VENCIMENTO

17/07/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

30kWh

1,00 kWh
MÉDIA DIÁRIA
FATURADO
PELA MÉDIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

Sujeito a corte!

FATURAS EM ATRASO

Jun/20

R\$16,71

Reaviso de vencimento:
Seu fornecimento poderá ser suspenso
a partir de 25/07/20.
Regularize seus débitos.

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa c/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alia ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$) PIS/Cofins 0,9064% 4,17%	PIS(R\$)Cofins (R\$)
0601	Custo de Disponibilidade			16,82	0,00	0	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						-16,82
0999	BONUS ITAIPU LEI 10.438/2002 12/2019			-0,39	0,00	0	0,00
							0,00

0024 502279 R\$

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jose Marcos da Silveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ

00.003.675 00

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Egivaldo da Silva Melo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 813.005.675

do sinistro de DPVAT cobertura

imbalidez

da Vítima

Egivaldo da Silva Melo

inscrito (a) no CPF sob o Nº

0430 056 15 68

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 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:	<u>Rua Dos Sinos</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Administrativo</u>
Bairro:	<u>Sinos</u>	Cidade:	<u>N. Sa. da Glória</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:	<u>marcosdgloria@gmail.com</u>			CEP:	<u>49.680-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>79.99189204</u>

Local e Data:

Nossa Senhora da Glória do. 11. 2020

Jose Marcos da Silveira Rosa

Assinatura do Declarante



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200403615

Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EGIVALDO DA SILVA MELO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **EGIVALDO DA SILVA MELO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000002345-0**

Conta: **000008671-1**

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



LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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 do vítima: 813.005.675-68 4 - Nome completo da vítima: Edinaldo Da Silva Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Edinaldo Da Silva Melo 6 - CPF: 813.005.675-68

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Magalhães 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Santa Maria 12 - Cidade: Goianinha 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.530-000

15 - E-mail: marcondesloira@gmail.com 16 - Tel (DPV): 99.9918-9204

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 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Analisar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasão

AGÊNCIA: 0345 CONTA: 8678

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

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (filho(a))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Goianinha, 10.11.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edinaldo Da Silva Melo

42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00081476/2020

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

Nome Envolvido

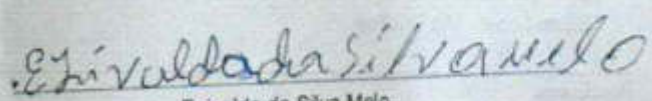
Egivaldo da Silva Melo

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTO DE PLACA OEO 8708 DE MARCA HONDA /CG 150 FAN ESI ANO 2012 DE COR PRETA DE CHASSI 9C2KC1670CR531192, PELA RODOVIA SE 200 QUE LIGA PORTO DA FOLHA A GARARU, QUANDO CHEGOU PROXIMO A ENTRADA DO POVOADO LAGOA DE DENTRO AO DE VIA DE UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, QUE OCASIONOU UMA FRATURA DA CLAVICULA DO LADO ESQUERDO E DESLOCAMENTO DO OMBRO ESQUERDO. FAZ ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA O SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS


Marcos Kleber Pereira da Cruz
Agente de Polícia
Matrícula 2467
Responsável pelo Atendimento


Egivaldo da Silva Melo
Vítima Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 309-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime do de Contravenção ao Código Penal Brasileiro."

LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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 do vítima: 813.005.675-68 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Da Silva Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Edvaldo Da Silva Melo 6 - CPF: 813.005.675-68

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Av. Magalhães 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Barro Preto 12 - Cidade: Goianinha 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.530-000

15 - E-mail: marcondesloira@gmail.com 16 - Tel (DPV): 99.9918-9204

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 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos listados. Analisar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos listados)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: Brasão

AGÊNCIA: 0345 CONTA: 8678

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

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - _____

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Barro Preto, 10.11.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Edvaldo da Silva Melo

42 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

PREFEITURA MUNICIPAL
DE PORTO DA FOLHA - SE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO



Nome: _____

Euconilho.

O Sr. Epivaldo do S. M. do H. 45
setor de Trauma. pois o mesmo é
portador de Fratura de clavícula.
Expende.. necessitando assim de
venc. curativo.

José Araújo L. Filho

Médico

CRM 1530

20/2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PORTO DA FOLHA - SE

SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL Dr. FRANCISCO ROLLEMBERG
upa_portodafolha@hotmail.com
Pça. Antônio Pinto Rezende, 226, Centro
Tel.: (79) 3349-2091

UPA
24h

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

CARTÃO SUS Nº 704.1051.7180.4075		REGISTRO Nº 6.301	
NOME: Givaldo da Silva Melo		RAÇA/COR:	
SEXO MASC. (x) FEM. ()	IDADE: 52 anos	DATA DE NASC. 02/06/1967	
RG: 1.334.349	SSP: SC	Nº DO SISPRENATAL:	
DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020		HORA: 07:07	Est. Civil: Solteiro
FILIAÇÃO:	PAI: Eudis de Oliveira Melo		
	MÃE: Maria dos Prazeres da Silva		
ENDEREÇO: R. P. Lagoa do Povo		CIDADE: Cauayan-SP	
BAIRRO:		Profissão: farmacêutico	
TELEFONE:			
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: O mesmo.			
GRAU DE PARENTESCO:		TELEFONE DO RESPONSÁVEL:	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:			
MÉDICO RESPONSÁVEL:			
DIAGNÓSTICO:			

DATA	HORA	ANAMNESE E EXAMES FÍSICO
20/04/2020	15:04	Plta. V. hist. Clínica de insinua- mentos. Ex. clínicos. O.T. físico. Min. de 15 minutos. 20/04 Plta. V. hist. Clínica de insinua- mentos. Ex. clínicos. O.T. físico. Min. de 15 minutos. 20/04

DATA	HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES
10/01/20		D IVU + CVG,	
		D Ho. Lactante D,	
		D Propofol, em, 20mg/ml, qsc,	X 08:50
		D Ho. Integridade,	
		D Paracetamol pro re nata.	
		SINA	



ULTRASSONOGRAFIA:

EXAMES SOLICITADOS

RAIO X:

LABORATÓRIO:

DESTINO

TRANSFERÊNCIAS

ADMISSÃO NO PS (até 24h)

INTERNAÇÃO

ALTA - DATA: 10103

WON HORA: 09:20

ÓBITO - DATA:

HORA

EXAME FISICO

ADULTO ()

CRIANCA ()

OBS: Assinalar com "X"

Depressivo (a) ()

ADULTO ()		Consciente ()		Inconsciente ()		Confuso (a) ()		Depressivo (a) ()	
01	Nível de consciência								
02	Pele	íntegra ()	ictérica ()	Cianótica ()	Palidez Cutânea ()		Desidratação ()		
03	Mucosa	Corada ()	Descorada ()			OBS:			
04	S. Cardiovascular-Padrão Respiratório:		Eupnéico ()	Taquipnéico ()	Dispnéico ()	Sibilos ()	Roncos ()	Chiados ()	
05	FR. Respiratório		<16ipm ()	16-22ipm ()	23-30ipm ()	31-40ipm ()	41-45ipm ()	>45ipm ()	
06	Abdômen	Flácido ()	Globoso ()	Doloroso à palpação ()		Escavado ()	Plano ()	OBS:	
07	Ferida Operatória	Limpa e seca ()	Hiperemiada ()	Secreções ()		Deiscência ()		Curativo Oclusivo ()	
08	MMSS	Íntegras ()	Atrofia ()	Paresia ()	Parestesia ()	Hemiplegia ()	Hematomas ()	Edema ()	
	MMII	Íntegros ()	Atrofia ()	Paresia ()	Varizes ()	Parestesia ()	Hemiplegia ()	Edema ()	

[illegible]

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
30.03.2020	08:50	Administrado 01 amp de profenid, IM em glúteo (E); Pcte segue bem, aguardando tempo de reação de medicação e melhora na sua dor clínica ————
	09:20	Paciente refere melhora, recebe alta médica verbal e encaminhado ao antepedista para a unidade sem queixas ————



5. THE LITERATURE

ARJUN, J. P. DE
DIREC. ALBUQUERQUE
C. MACC. DE GARRA
J. - "L'opinion al Albuquerque"
DIREC. ALBUQUERQUE
M. - "L'opinion al Albuquerque"

cópia fotostática é a reprodução

Not to Original Use for Text

610 1981

0. TABELUNG

5. TABELLAR

Samuel Taylor

ENG 512.04.1520

Garvey BE

Nível de consciência: C= Consciente; I= Inconsciente.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320493/20

Número do Sinistro: 3200403615

Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO

CPF: 873.005.675-68

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGIVALDO DA SILVA MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 24/11/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2020
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTO I
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTO I

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320493/20

Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO

CPF: 873.005.675-68

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/03/2020

Titular do CPF: EGIVALDO DA SILVA MELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

EGIVALDO DA SILVA MELO : 873.005.675-68

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: 11/11/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2020
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTO I
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTO I