

# 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: 17/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02244-6

CONTA: 000000024752-9

---

Nr. da Autenticação 93B1C1385A917B9D



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANHO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SA  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR



0005

DATA:

06/2015  
16:2015

UNIDADE DE SAÚDE HOSPITAL MICRO-REGIONAL DE CANHOTINHO

PACIENTE

Nome: Eldes Jose C. da Silva Categoria: S.U.S  
Sexo: M Idade: 60 Anos: M Estado Civil: Doct  
Naturalidade:  Profissão: Agricultor  
Endereço: Rua Placido de Castro  
Procedência: S.R

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende: Esposa Parentesco: Bis  
Endereço:  Fone:   
Vezido por: Primeira Elaine Luísa da Silva  
Endereço: O Leste Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente:  Data: 1 / 1 / 2015  
Natureza: ☐ Queda ☐ Acid. do Trabalho ☐ Tentativa de Suicídio  
Do: ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas  
Acidente: ☐ Acid. do Trabalho ☐ Agresão ☐

ATENDIMENTO MÉDICO

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico  
Histórico da Queixa Atual: Dores no  
no  
no  
no

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 120/80 Pulso: 72 Temperatura: 36,5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

0-3-2017

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 1555  
Cidade - Recife - PE CEP: 52011-040

Diagnóstico Provisório: T.C.E.

RECEPCIONISTA

Dr. André Porto  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM - 18.771/TEO-1-2011

MÉDICO - CREMEPE

[illegible]



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

RG nº 8684820, data de expedição 06/11/08, Órgão SDS-PE

CPF nº 098261464-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO MUCURI</u>
Número	<u>18</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>20NA RURAL</u>
Cidade	<u>CANHOTINHO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55420-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87)37811419</u>
E-mail	<u>omancelos.janica@hotmail.com</u>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 MAR 2017

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 718 Loja 5

Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CANHOTINHO/PE, 17 DE FEVEREIRO DE 2017.

Assinatura do Declarante: Eu des Jose Cirino da Silva



Você, sem fronteiras.



CTC RECIFE PE PLB

ETEVALDO JOSE DA SILVA

MUCURI 18 CASA

ZONA RURAL

55420-000 CANHOTINHO - PE



7214082191591430003000042201175915



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

06 MAR 2017

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

06 MAR 2017

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

## Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, ETEVALDO JOSE DA SILVA

RG nº 1958521, data de expedição 05/02/17

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 234293564-15, com domicílio na cidade de CANHOTINHO, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SITIO MUCURI Nº 18 - ZONA RURAL, nº 18,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EUDES JOSE CIRINO DA SILVA, cujo o condutor era EUDES JOSE CIRINO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/NXR 150 BROSESD

Ano: 2005

Placa: KKF 0719

Chassi: 9C2KD02305R008400

Data do Acidente: 07-06-2015

Local e Data: CANHOTINHO/PE - 17 DE FEVEREIRO DE 2017

Etevaldo Jose da Silva  
Assinatura do Declarante



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Criciás - Recife - PE - CEP 52011-040

Eudes Jose Cirino da Silva

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

### CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Adalberto Bezerra Lima - 11.240.020/0001-68

Adalberto Bezerra Lima - 11.240.020/0001-68

R. Francisco Tavares de Miranda, 431

Recife - PE - CEP 51.240-020

Telefone: (071) 3781-1036 - E-mail: carlos@carlos.com.br

Carla - 11.240.020/0001-68

E-mail: carla@carla.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de Etevaldo Jose da Silva: Dou fé. Canhotinho/PE 17/02/2017 13:01:53. Emol. R\$: 3,00 - TMR R\$: 0,70 - Total: 4,00. Em test. da verdade Adalberto Bezerra Lima - DELEGADO. Selo: 0073536.H1.02201701.00159. Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANHOTINHO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MICRO REGIONAL DE CANHOTINHO  
O CRESCIMENTO CONTINUA!



Canhotinho, 20 de Fevereiro 2017.

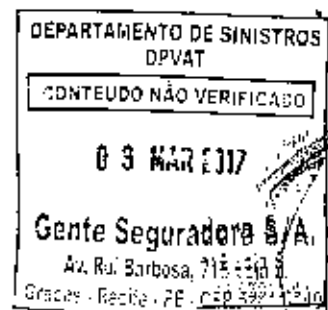
## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a senhor, **Eudes José Cicero da Silva**, deu entrada nesta Unidade de Saúde vítima de acidente de trânsito no dia 07/06/2015, em seguida encaminhado ao Hospital Dom Mouro.

No momento do preenchimento da ficha de internamento, a recepcionista dessa Unidade equivocou-se quando trocou a letra U pela letra L do primeiro nome do paciente, escreveu **Eldes** quando na verdade seria **Eudes**.

Pedimos desculpas pelo transtorno e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Sem mais para o momento renovo votos de estima e consideração.



*José Jordão B. Júnior*  
Diretor Hospital  
Port.

José Jordão B. Júnior  
Diretor Adm. Hospital



Doenças do nariz, ouvidos e garganta    Rinite    Rinosinusite    Ressonância    Apnéia do sono  
Consultas    Exames endoscópicos    Cirurgias

## DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para fins de direito que **Eudes José Cirino da Silva** foi atendido por mim nesta e não apresenta alterações ao exame físico otorrinolaringológico.

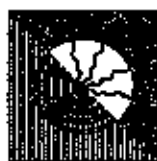
O mesmo foi vítima de acidente automobilístico em Junho de 2015, evoluindo para perda auditiva do tipo neurossensorial de grau profunda à direita, de caráter irreversível, segundo exame audiométrico realizado pela fonoaudióloga Paula Lucena Rocha (CRFa. 4.038), no dia 23/11/16.

CID: H90.4

Dr. Tiago Santos  
Otorrinolaringologista  
CRM 16.834 / RQE 3.451

Garanhuns, 09 de novembro de 2015.





# CLÍNICA DR. JOSÉ WALTER

Diagnóstico por Imagem

Paciente: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA 25 Anos e 11 Meses(70725)  
Solicitante: Dr.(a)  
Atendimento: 175384  
Convenio: PARTICULAR  
Exame: TOMOGRAFIA CRANIO

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

INFORMAÇÃO CLÍNICA: TCE há 1 ano. Hipoacusia direita.

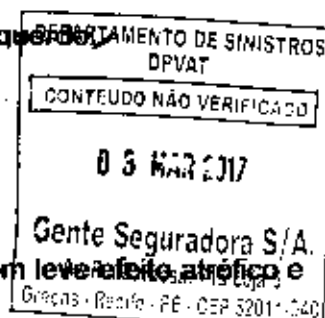
TÉCNICA DE EXAME: exame realizado com cortes axiais em aparelho multislice com algoritmo para tecidos moles e tecido ósseo, com reformatações nos planos coronais e sagitais, sem o uso de contraste iodado endovenoso.

### INTERPRETAÇÃO:


Não há evidências de lesão expansiva, sangramento intracraniano ou coleções extra-axiais ✓  
Ausência de desvio das estruturas da linha média ✓  
Área hipotenuante córtico / subcortical no lobo frontal esquerdo, com leve efeito atrófico e foco de calcificação de permeio, de aspecto sequelar. X  
Leve ectasia compensatória do cornu frontal do ventrículo lateral esquerdo ✓  
Restante do sistema ventricular com dimensões normais ✓  
Tronco cerebral e cerebelo com densidade preservada ✓  
Transição crânio-cervical anatômica ✓  
Mastoides e cavidades paranasais com aeração preservada ✓

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Área hipotenuante córtico / subcortical no lobo frontal esquerdo, com leve efeito atrófico e foco de calcificação de permeio, de aspecto sequelar.



Garanhuns, 23 de novembro de 2016

  
Dr. José Walter R.B. Filho CRM 18160  
Título de Especialista em Radiologia e  
Diagnóstico por Imagem.

Dra. Máira Moraes Bazzera CRM / PE 22312  
Médica Radiologista  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANHOTINHO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Regist. nº 06 2015  
Data 16. 2015

UNIDADE DE SAÚDE HOSPITAL MICRO-REGIONAL DE CANHOTINHO

PACIENTE

Nome: Eldes José da Silva Categoria: S.U.-S  
Sexo: M Idade: M Estado Civil: Solteiro  
Naturalidade: Profissão: Agricultor  
Endereço: R. São Plácido - Canhotinho  
Procedência: S.R.



RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende: Elvivaldo Parentesco: Pais  
Endereço: Fone:  
Trazida por: Simone Elaine Kirino da Silva  
Endereço: O Reseio Fone:

OCCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: / / Hora:  
Natureza: ☐ Casual ☐ Acid. Do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio  
Do: ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outros Causos  
Acidente: ☐ Acid. Do Trabalho ☐ Agressão ☐

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico  
Histórico da Doença Atual: Doença aguda, com sintomas de dor no abdômen, náusea e vômito.

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura:



Diagnóstico Provisório: T.C.E.

*[Signature]*

RECEPCIONISTA

*[Signature]*  
Dr. André Pontes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 18.277.700-1/2014

MÉDICO - CREMEPE

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA  
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE  
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

### FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 449388	Data e Hora do Atendimento 07/06/2015 às 20:16:02	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada CLINICA ORTOPEDICA
------------------------------	--	--	--

#### Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025173662 - EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

CNS: Nascimento: 06/12/1990 Idade: 24 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: PALMARES Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Ignorado  
Filiação: Pai: Mãe: JANIRA CIRINO DE SIQUEIRA

Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO BUCURI, Nº. Complemento:

Bairro: Cidade: Canhotinho UF: PE Telefone:

Acompanhante:

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Canhotinho Meio de Transporte:

#### Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Exa Principal:

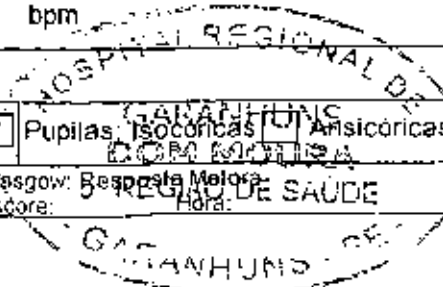
IDA: Pq o codi pro uti em os acidente c/ motocicula  
fu + 60' e eleu soroloto. nãe dor.

#### História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Atrapelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Questa de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Amadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

#### Exame físico:

Ex: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: °C
Pelo, cons, oral, etc.			
Ex: Respiratório			
m.c. 2000			
Ex: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm	
P.R. 7 em 20 119-10-15			
Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular: Escor:	Glasgow: Resposta Verbal: Escor:	Glasgow: Resposta Motora: Escor:	
GCS = 15			



E: Abdômen

POD local.

Diagnóstico Inicial:

Glomera em LAC

Exames Solicitados:

12. 20 LAC.

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

① SCL 2000 ml - (L) 107  
② SCL 2000 ml - (L) 107  
③ Drenagem 02 amp 107 - (L) 2075  
④ RCT - 107 - 107

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo: ☒

⑤ RCT - 107 - 107

⑥ RCT - 107 - 107

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadi-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica: 500 ml

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

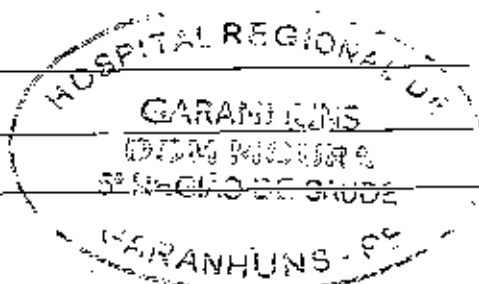
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Eudens Jose Cirino da Silva

REGISTRO N°

449388

**ENF.:**

LEITO: 06

CLÍNICA

ger. Kieselstein

### PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM
07/06	23:00	37.5	86	16	130	80		
07/06	00:00	37.5			120	80		
07/06	06:00				130	90		

Romildo Santos  
 Téc. (R) - 10/06/2017  
 10/06/2017

DE PAGAMENTO DE SINISTROS  
 OPVAT  
 CONTUO NAO VERIFICADO  
 23 MAR 2017  
 Sento Seguradora S/A  
 Av. Fin. Barbosa, 715 - Loja 5  
 Cx. Rec. - Recife - PE

HOSPITAL REGIONAL DE  
 CARLINHINS  
 EMERGENCIA  
 5ª REGIAO DE SAUDE  
 CARLINHINS - PE

2 - Cx. Rec. - Recife - PE - 10/06/2017

Norma Carlos Depa  
Téc. (04) 998791

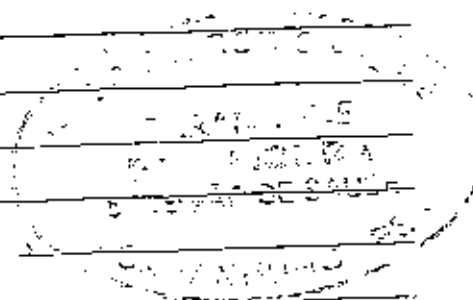
DE PAGAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTABILIZADO VERIFICADO  
23 MAR 2017  
Sento Seguradora S/A  
Av. Fm. Bandeira, 715 - Loja 6  
Cidade - Recife - PE

HOSPITAL REGIONAL DE  
CARANHUNS  
CAMPUS II  
5ª REGIÃO DE SAÚDE  
CARANHUNS - PE

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

17/06/15 Paciente consciente pouco orientado, reorientado. Víctima de acidente motociclístico, apresentou episódios de hematemese, realizada SNG para lavagem conforme poli-  
técnica médica. SSV normal, Eupneico, normotensivo, normotérmico, normo-  
corado, deambula medicado CPM, ali-  
minações fisiológicas presentes. Segue em observação.

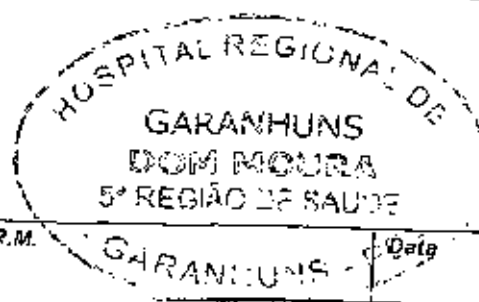
Romilda Barros Capla  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PE 998797



**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**  
**Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM**  
**LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

*14. R - 4703083*

Unidade de Saúde:		Município		Região de Saúde	
Nome do Paciente					
Quadro Clínico					
Diagnóstico					
1ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data		
2ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data		
3ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data		
4ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data		
Instituição prestadora do atendimento		Município	H. de Saída	H. de Chegada	
Especificação do Atendimento Prestado					
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.	Data		





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

**SERVICO DE NEUROTRAUMATOLOGIA – FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Atendimento nº. 1487604

Nome: após José Carlos da Silva

Foi atendido às 21 h do dia 08/06/15

Diagnóstico provável Tcc: Contusão Frontal (E)

+ Parusis Intra Data da alta 23/06/15  
CIO: SOB

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
EXISTEUDO NAO VERIFICADO
25 MAR 2017
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa Graciosa - Recife / PE

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Recebeu por 21 (vinte e um)

21/06/15. Fio Jeon + Amiboson  
Octeo Dreno

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à 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.

Dr. Divino Lacerda Junior  
Neurocirurgião  
CRM 19217



BRASIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr

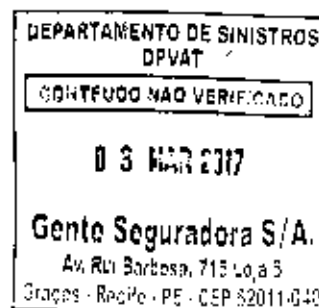
(http://www.vlibras.gov.br/)



Ministério da Fazenda




Secretaria da Receita Federal do Brasil

## Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **098.261.464-04**Nome da Pessoa Física: **EUDES JOSE CIRINO DA SILVA**Data de Nascimento: **06/12/1990**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **27/10/2008**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **09:21:10** do dia **20/02/2017** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **3091.865D.960E.2DE2**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

<b>REDAÇÃO GERAL</b> MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE PASSAGENS	
<b>CIDRIL MARINO DE SIQUEIRA FRANK</b>	
	DOC. DE IDENTIFICAÇÃO - PASSAGENS <b>1789511 ADM 28</b>
	OS: <b>195.459.164-00</b> DATA DE NASCIMENTO: <b>10/03/1986</b>
	PLANO: <b>JOSE LUIS DE FRANK</b> <b>FILED</b> <b>MARIA JOSE DE</b> <b>SIQUEIRA FRANK</b>
	PASSADO: <b>---</b> AGO: <b>---</b> CAR: <b>---</b> <b>---</b> <b>---</b> <b>B</b>
N.º PASSAGENS: <b>01520020116</b>	DATA DE EMISSÃO: <b>23/10/2020</b>
DATA DE VALIDADE: <b>16/01/1986</b>	
OBSERVAÇÕES:	
 ASSINATURA DE PASSAGENS	
LOCAL: <b>SARAJEVO - FB</b>	DATA DE EMISSÃO: <b>23/10/2015</b>
 ASSINATURA DO LEGADO	
99434584607 99669176938	

**Gente Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracas - Recife - PE - CEP 520-1-040



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010594896565  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - QCD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO  
1 886428965 \*\*\*\*\* 2013

RENOME  
ETEVALDO JOSE DA SILVA

CARNOTINHO-PE

CPF / CNPJ - PLACA  
224.292.564-15 KKE0719

PLACA ANT. SUP. - CHASSI  
\*\*\*\*\* / PE 9C2KDC2205R003400

ESPECIE TIPO - COMBUSTIVEL  
PNE / MONOTRACAT 92801113

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.  
HONDA / XR150 BROS ESD 2005 2005

CAP. POT. / CL. - CATEGORIA - CCM PREDOMINANTE  
22 / 156CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS  
I P IPUA 2013 QUITADO 1° \*\*\*\*\*

V FAIXA IPUA - PARCELAMENTO / COTAS - 2° \*\*\*\*\*

A 1 \*\*\*\*\* 3° \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - COT (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO BAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

CARNOTINHO 07/12/13

Maria Auxiliadora Gomes Santos  
DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 010594896565 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT EXERCÍCIO  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO. 2013

CPF / CNPJ - PLACA  
224.292.564-15 KKE0719

ETEVALDO JOSE DA SILVA

CASA

CARNOTINHO-PE 55420-000  
BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010594896565 EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2013 07/12/13

VIA - CPF / CNPJ - PLACA  
1 224.292.564-15 KKE0719

RENAVAM - MARCA / MODELO  
886428965 HONDA / XR150 BROS ESD

ANO FAB. - COT. TAR. - Nº CHASSI  
2005 09 9C2KDC2205R003400

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) - DENATIAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - COT (R\$) - TOTAL SEGURO (R\$)

SEGURO BAGO

PARCELAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO  
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170134314 **Cidade:** Canhotinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EUDES JOSE CIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo cranioencefálico com contusão frontal esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa-se de vertigem, surdez à direita e cefaleia. Ao exame vítima consciente e orientada, paralisia facial periférica à direita.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/04/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Tomografia Computadorizada de 23/11/2016: área hipoatenuante cortical e subcortical no lobo frontal, leve atrófico e foco de calcificação sequelar. Em relação a queixa de hipoacusia, a vítima deverá apresentar laudo audiométrico especificando o grau de perda e sua relação com o acidente.

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira Campos

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

## 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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## PRESTADOR

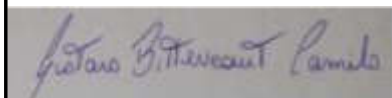
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170134314 **Cidade:** Canhotinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EUDES JOSE CIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/04/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170134314 **Cidade:** Canhotinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EUDES JOSE CIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo cranioencefálico com contusão frontal esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa-se de vertigem, surdez à direita e cefaleia. Ao exame vítima consciente e orientada, paralisia facial periférica à direita.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/04/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Tomografia Computadorizada de 23/11/2016: área hipoatenuante cortical e subcortical no lobo frontal, leve atrófico e foco de calcificação sequelar. Em relação a queixa de hipoacusia, a vítima deverá apresentar laudo audiométrico especificando o grau de perda e sua relação com o acidente.

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira Campos

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

## 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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## PRESTADOR

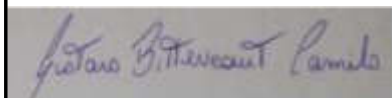
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **EUDES JOSE CIRINO DA SILVA** Sinistro: **3170134314** Data: **07/06/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MUCURI, 18, CASA - ZONA RURAL - Canhotinho - PE - CEP 55420-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds /PE** ] **1789511**

Data local do exame: [ **06/04/2017** ] **Garanhuns** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Traumatismo craneoencefálico com contusão frontal esquerda. Vítima queixa-se de vertigem, surdez à direita e cefaleia. Ao exame vítima consciente e orientada, paralisia facial periférica à direita.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Quadro submetido a tratamento conservador.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Dano neurológico**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Sistema Nervoso Central**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 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

Região Corporal (Sequela):


% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**Tomografia Computadorizada de 23/11/2016: área hipoatenuante cortical e subcortical no lobo frontal, leve atrófico e foco de calcificação sequelar. Em relação a queixa de hipoacusia, a vítima deverá apresentar laudo audiométrico especificando o grau de perda e sua relação com o acidente.**



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2017

Carta nº: 10634597

A/C: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170134314 ASL-0088090/17

Vitima: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

Data Acidente: 07/06/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: CICERO MARCELO DE SIQUEIRA FRANCA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2017

Carta nº: 10634925

A/C: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170134314 ASL-0088090/17  
**Vítima:** EUDES JOSE CIRINO DA SILVA  
**Data Acidente:** 07/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CICERO MARCELO DE SIQUEIRA FRANCA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº: 10766224

A/C: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

**Sinistro:** 3170134314 ASL-0088090/17  
**Vítima:** EUDES JOSE CIRINO DA SILVA  
**Data Acidente:** 07/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CICERO MARCELO DE SIQUEIRA FRANCA

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 21 de Abril de 2017

Carta nº: 10869732

A/C: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

Sinistro: 3170134314 ASL-0088090/17  
Vítima: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA  
Data Acidente: 07/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CICERO MARCELO DE SIQUEIRA FRANCA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **EUDES JOSE CIRINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000002244-6**

Conta: **0000024752-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autônoma 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 8684820

EXPEDIDO POR

SDS - PE

EM 06/11/08 E

CPF 098261964-09 / CNPJ

PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 930,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EUDES JOSE CIRINO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, **ser** apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 200,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2244-6

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.752-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CANHOTINHOPE 17 de FEVEREIRO de 2017  
LOCAL E DATA

Eu des Jose Cirino da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

BANCO DO BRASIL S.A.  
 17/02/2017 - AUTO-ATENDIMENTO - 09.59.45  
 0173273287

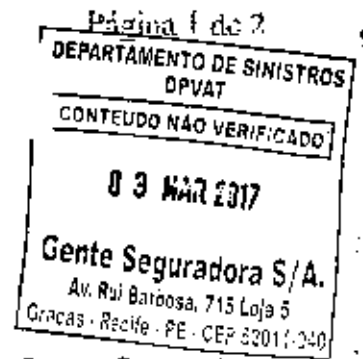
EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2244-6 CONTA: 24.752-9  
 CLIENTE: EUDES JOSE CIRINO SILVA

HISTORICO	DOCUM	VALOR
18/01/2017		
Saldo Anterior		92,00
09/02/2017		
Deposito Online	300395	90,00
Saldo		182,00
13/02/2017		
Saque no TAA	331903	12,00
13/02 14:39 SAA-CANOTIMMO		
Saldo		170,00
15/02/2017		
Pagam Presta Cred Imobili 000501		10,00
Tarifa Pacote de Servicos 407967		10,00
Tarifa referente a 15/02/2017		
SALDO		150,00

Juros: \* 0,00  
 Data de Cálculo de Juros: 01/03/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO  
 03 MAR 2017  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
 Gracas - Recife - PE CEP 52011-040



342267

0088090117

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 139ª CIRCUNSCRIÇÃO - CANHOTINHO - DP139ªCIRC  
DINTER1/15ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0229000057**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/02/2017 às 09:32

Complementa o BO número: 15E0229000321

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)** que aconteceu no dia 7/6/2015 às 17:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CANHOTINHO, 1, SÍTIO MUCURI - Bairro: CENTRO - CANHOTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
AGUIAR (AUTOR) (AGENTE)  
ETEVALDO JOSE DA SILVA (OUTRO)  
EUDES JOSE CIRINO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**EUDES JOSE CIRINO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **JANIRA CIRINO DE SOUZA** Pai: **ETEVALDO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: 6/12/1990 Nacionalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Docimentos: **B204820/SGSPE (RG), 09926146404 (CPF), 05172241995 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Casamentos: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO AGRICOLA** Telefones Celulares: **- 82595838166**

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE CANHOTINHO, 1, SÍTIO MUCURI - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CANHOTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ETEVALDO JOSE DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **OLINDINA MARIA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: 6/3/1955 Nacionalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Docimentos: **1908521/SGSPE (RG)** Estado Civil: **ANUFIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE CANHOTINHO, 1, SÍTIO MUCURI - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CANHOTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**



ALGUÉM (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ETEVALDO JOSE DA SILVA, que rodava em posse do(a) Sr(a):

EUEDES JOSE CIRINO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 8906 Objeto apreendido: não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: EXF0746 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 366548553 Chassi: 9C24001305800406

Ano Fabricação/Modelo: 2005/2005

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTUO NÃO VERIFICADO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 São Paulo, SP, CEP 02011-040

### Complemento / Observação

SEGUNDO INFORMAÇÕES DA VÍTIMA O MESMO ESTAVA TRAFEGANDO POR UMA ESTRADA NO REFERIDO ENDEREÇO, QUANDO SEM PERCEBER PASSOU POR UMA QUEBRA MOLAS FEITO POR UM MORADOR DA LOCALIDADE. A VÍTIMA DISSSE QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA E QUE PERDEU O CONTROLE DA MESMA CAINDO AO CHÃO, QUE ATINGIU A CABEÇA E QUE DESMAIOU, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE DE CANHOTINHO, QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA E EM SEGUNDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CAPITAL PERNAMBUCANA, ONDE FICOU INTERNADO POR 17 DIAS. AINDA SEGUNDO A VÍTIMA O ACIDENTE CAUSOU UM COSSOLO NA CABEÇA E PERDEU A AUDIÇÃO DO LADO DIREITO. DIANTE DESTA SITUAÇÃO A VÍTIMA PRODUZIU ESTA DEPOI PARA REGISTRAR O B.O., PARA POSTERIORMENTE DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

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

*Eudes Jose Cirino da Silva*

EUEDES JOSE CIRINO DA SILVA

(VÍTIMA)

ETEVALDO JOSE DA SILVA

(OUTRO)

B.O. registrada por: MANOEL MENEZES SOBRINHO - MAT. 208.444-9 - Matrícula: 208444-9



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Eudes Jose Cirino da Silva, portador da carteira de identidade nº 8684820 e inscrito no CPF/ME sob o nº 098261464-04, residente e domiciliado na SITIO MUCURI Nº 18 - ZONA RURAL, Cidade CANHOTINHO, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

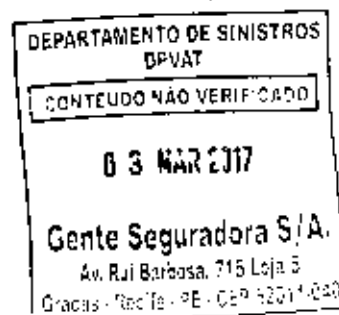
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 a 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 da lesão, 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Eudes Jose Cirino da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



CANHOTINHO - PE, 17 DE FEVEREIRO DE 2017

Local e data