



Número: **0042603-90.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/07/2019**

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

Assuntos: **Obrigações de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERALDO EDUARDO DA SILVA (AUTOR)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56422418	14/01/2020 11:28	2649719_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00426039020198172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GERALDO EDUARDO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Cabe salientar que a Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos, não há elementos capazes de comprovar que a lesão apresentada tenha decorrido do acidente de trânsito tendo em vista que a parte autora não apresenta boletim de ocorrência e que os documentos médicos não comprovam que o atendimento tenha decorrido do acidente em questão, sem comprovar também qualquer acompanhamento ou tratamento que ateste a invalidez alegada.

Assim, resta claro que os documentos juntados aos autos foram elaborados a partir do noticiado pela própria parte autora, produzidos de forma unilateral, incapazes de formar o convencimento do magistrado acerca da efetiva existência do sinistro, podendo a parte autora ter adquirido tais lesões em qualquer outra circunstância, imputando as mesmas ao suposto sinistro!

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

Outrossim, cabe informar que, requerida a indenização administrativamente e após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização e de perícia técnica, averiguou-se que o mesmo não possuía sequelas decorrentes do acidente alegado.

Desta forma, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora desde o ano de 2017, época do acidente, serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar pagamento indenizatório, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0042603-90.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/07/2019**

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

Assuntos: **Obrigações de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERALDO EDUARDO DA SILVA (AUTOR)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56422420	14/01/2020 11:28	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180323323 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: CICATRIZ HIPERCRÔMICA / DEFORMIDADE POR CICATRIZ.

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO IML 10057/2018 - 22/03/18.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

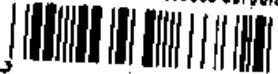
Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 10057 / 2018



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO

Ofício nº. 023 / 2018 Data 22 / 3 / 2018

ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 07:08 do dia 22 de Março de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de GERALDO EDUARDO DA SILVA filho(a) de ANTONIO EDUARDO DA SILVA e de ANTONIA BARBOSA DE FREITAS SILVA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, apresentando a idade de 65 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de BELO JARDIM - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 3923839, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA PAUDALHO, nº 171, complemento: NÃO INFORMADO, bairro SAN MARTIN, telefone/s NÃO INFORMADO, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando informa ter sido vítima de atropelamento por moto no dia 26/05/18. Veio acompanhado das fichas de esclarecimento, a primeira, datada 26/05/18 às 19:17:23, assinada por Marcelo Correia, CRM 19647, que diz: "... relato de atropelamento por moto com dor no tornozelo direito. Diagnóstico: fratura do tornozelo direito bimaléolar. Conduta: raio-x tornozelo AP/ perfil. Tala gessada. Tramal EV 6/6h e dipirona EV 6/6h...", a segunda, datada 04/09/17, assinada por Reinaldo Mendes de Carvalho, CRM 14861 que diz: "... 90 DPO de síntese em fratura de tornozelo direito (maléolo lateral). FO: cicatrizada. RX: boa síntese. CD: fisioterapia. Retorno com 30 dias. CID: S85..." e a terceira, datada 13/11/17, assinada por Reinaldo M. Carvalho, CRM 14861, que diz: "... 05 meses de síntese em fratura múltiplas do tornozelo direito. RX: fratura consolidada. CD: alta ambulatorial. CID: S82..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Presença de (01) uma cicatriz linear, hipertrófica na face lateral do tornozelo direito medindo cerca de 110 milímetros. Ausência de déficit motor ou atrofia muscular.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Solicitei documentação fotográfica da cicatriz na face lateral do tornozelo direito.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias (pela fratura do tornozelo direito).



29 05 18 366
Dr. SJC/a
Cecildo Eudoro

Perito responsável

Lido o achado correto o(a) médico(a) regista que assina Dr(a): SARA BEHAR TORRES KOBAYASHI - CRM 10979.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Sim. Sim. Deformidade permanente (pela cicatriz na face lateral do tomozelo direito).

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PESSIVO CUNHA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256601/18
Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/05/2017
Titular do CPF: GERALDO EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



GERALDO EDUARDO DA SILVA : 697.349.174-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2018
Nome: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 697.349.174-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

GERALDO EDUARDO DA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO





cp

guradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gerolamo da Silva
DATA DO ACIDENTE 26/05/2017 CPF DA VÍTIMA 697349174-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO X VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COM
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COM
A VÍTIMA É Rua. Para Dalho, 171
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua. Para Dalho, 171
Nº 171 COMPLEMENTO - BAIRRO Parado
CIDADE Beleza UF RE CEP 50761-180
E-MAIL - TELEFONE (71) 5184167411

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
☒ () CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE
TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☒ () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
☒ () LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML
(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA
DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ () BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
☒ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM
OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO
DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS:
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira
DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O
TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE
CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO
DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS:
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR
VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS
LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE
GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204
• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/06/2018
IDENTIDADE 3923339 SOS
ASSINATURA Antônio Alves da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
DATA 29/06/18 MATR. CORREIOS
NOME Monique Lucio
ASSINATURA Monique Lucio

Remetente: PEXOA PERJUNIOR
CPF/CNPJ: 2-798.620/0002-79
NAILIA BORGES
Rua Floriano Peixoto 141 - São José
50020-068 - Recife - PE



Destinatário:
CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04
SEGURADORA LIDER DPVAT
Rua da Assembleia, 109 100 24ºANDAR, Centro
20011-904 - Rio de Janeiro - RJ

Número da Autorização de Postagem (e-ticket): 1055566909
Autorizador da Postagem: SEGURADORA LIDER DPVAT
Data de Emissão: 02/07/2018
Data de Validade: 01/08/2018
Quantidade de objetos: 1

AR
MP
Códigos
72895198 5 BR

SEDEX





28-03-2018 11:11 05094/2.14

3
guratadora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GERALDO EDUARDO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 26/05/17 CPF DA VÍTIMA 697.349.174-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O MESMO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DE VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PRODIGIO
Nº 171 COMPLEMENTO CASA BAIRRO OURADO
CIDADE RECIFE UF PE CEP 50761-180
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98416-7411

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ORIGINAL ☒ SIM ☐ NÃO
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
() BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

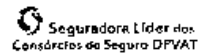
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
> PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
> COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
> PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/08/18 RESPONSAVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
IDENTIDADE 3.923.839 SDS-PE MATR. CORREIOS
ASSINATURA MARILIA NOME
ASSINATURA de 03/08/18

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256601/18
Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/05/2017
Titular do CPF: GERALDO EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Outros

GERALDO EDUARDO DA SILVA : 697.349.174-04
Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência,

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2018
Nome: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

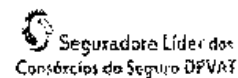
Data do cadastramento: 31/08/2018
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

GERALDO EDUARDO DA SILVA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256601/18

Número do Sinistro: 3180323323

Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA

CPF: 697.349.174-04

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 26/05/2017

Titular do CPF: GERALDO EDUARDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



GERALDO EDUARDO DA SILVA : 697.349.174-04

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018
Nome: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

GERALDO EDUARDO DA SILVA

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GERALDO EDUARDO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 26/05/17 CPF DA VÍTIMA 697.349.174-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O MESMO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR EX VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR R. PAU D'ALHO
Nº 771 COMPLEMENTO BARRO CURADO
CIDADE RECIFE UF PE CEP 50761-180
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98446-7411

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCS. COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/11/18 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
IDENIDADE 3923839 SDS-PE MATR. CORREIOS
ASSINATURA YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR NOME MARILIA BORGES

file:///C:/L

	Autorização de Postagem 1132565904
Destinatário: SEGURADORA LIDER DPVAT RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24 ANDAR CENTRO 20011-000 RIO DE JANEIRO - RJ	
Remetente: ARILIA BORGES a Floriano Peixoto, 141	
20011-000	Sao Jose 50020-068 RECIFE - PE
Controle do Cliente: -	

904

DH




Correios

☐ AR

☐ MP

PESO (kg)

394

SEDEX

32792616 7 BR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180323323 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: CICATRIZ HIPERCRÔMICA / DEFORMIDADE POR CICATRIZ.

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO IML 10057/2018 - 22/03/18.

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256601/18

Número do Sinistro: 3180323323

Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA

CPF: 697.349.174-04

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 26/05/2017

Titular do CPF: GERALDO EDUARDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

GERALDO EDUARDO DA SILVA : 697.349.174-04

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018
Nome: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

GERALDO EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180323323

Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180323323**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13113489

Pag. 01523/01524 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180323323

Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180323323**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00297/00298 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13114624



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180323323

Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180323323**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

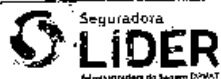
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01705/01706 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13352564





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ.

Autorização de pagamento



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, GERALDO EDUARDO DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3923839 EXPEDIDO POR SOS IPE EM 14/06/2018
CPF 690349004-04 / CNPJ 00000000-0000-00 PROFISSÃO
E RENDA MENSAL DE R\$ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Geraldo Eduardo 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 ou Salário ou Funcional;
- 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\$ 2.000,00;
- 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), 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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) 1294 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 059421-5
Operação 013

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.

Recife 29 de junho de 2018
LOCAL E DATA

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

1/1 095830 1400 9102-11-11

1100 9102 1100000035

LOTERIAS CAIXA
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 DIA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após
 179-707742021-4
 28/04/2018
 HORA DE 16:48:42
 USR 030620
 VAL: 15.000.000-2
 CONTRA: 179000614
 LOCALIDADE: RECIFE
 AD, VINCULADA: 1234
 COMPROVANTE DE ADESSÃO DE PESSOAL CAIXA FACIL
 NOME: GERARDO EDUARDO DA SILVA
 AGENCIA: 1234
 OPERAÇÃO: 010
 CONTA-UV: 000.000.000.421-5
 DATA DA ADESSÃO: 28/04/2018
 LOTERIAS CAIXA
 179-707742021-4
 VIA

11-05-2018 09:47 065561 1/1

SEMPRE LIBERTE



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: **3180323323** CPF da Vítima: **697.349.174-04** Nome completo da vítima: **GERALDO EDUARDO DA SILVA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: GERALDO EDUARDO DA SILVA		CPF titular da conta: 697.349.174-04	Profissão: CARDIATEIRO
Endereço: RUA PAUDALHO, 171		Número: 171	Complemento:
Bairro: CURADO	Cidade: RECIFE	Estado: PE	CEP: 50761-180
Email:			Telefone (DDD): 81-98416-7419

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **294** D/V: **013** CONTA NRO.: **000.059.421** D/V: **5**

AGÊNCIA NRO.: **294** D/V: **013** CONTA NRO.: **000.059.421** D/V: **5**

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

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

RECIFE, 03 de **AGOSTO** de **2018**

Local e Data

Gerardo de Eduardo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



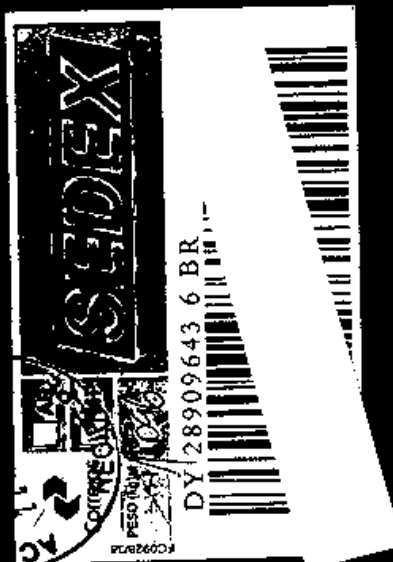
115 438 50 10
 115 81
 1248

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 JANA: sorteios de segunda-feira a sábado, após
 179-707742021-4
 28/JUN/2018 HORA DE 10:10:12
 01 15.007306-2 TERM 039620
 COTA IDADE: 1294 CONTINUA: 1/04/2018
 AG. VINCULADA: 1294
 COMPROVANTE DE ABERTURA DE PRAZ CAIXA FACIL
 NOME: GERALDO EDUARDO DA SILVA
 AGENCIA: 1294
 OPERAÇÃO: 013
 COTA DV: 000.000.000.421-5
 DATA DA ABERTURA: 28/06/2018
 LOTERIAS CAIXA
 179-707742021-4
 3 VIA

14/9/2018 11:11:02Z-ABR-20

IMPRESSO EM: 14/01/2020





DY289096436BR
GRUPO DE PRÉ-
TRIAGEM

DISTRITO

B 315

ORDEM: 25

file:///C:/

Autorização de Postagem 1083430147 	Destinatário: SEGURADORA LIDER DPVAT Rua da Assembleia, 100, 100 24 ANDAR Centro 20011-904 Rio de Janeiro - RJ Remetente: GENESIA TATIANE CORDEIRO DE COIMBRA Rua Floriano Peixoto, 141 São José 50020-068 RECIFE - PE 20011-904
	Controle do Cliente: - 



19



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0102000082**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às
17:57

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu
no dia 26/5/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1, PRÓXIMO AO HOSPITAL**
DA MULHER - Bairro: JARDIM SÃO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO
/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
GERALDO EDUARDO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

GERALDO EDUARDO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANTONIA BARBOSA DE FREITAS SILVA Data de Nascimento: 27/8/1962 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3023839/809/PZ (RG) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES
- Telefones Celulares:
- **984167411**

Endereço Residencial: **RUA PAUDALHO, 171 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:
DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES

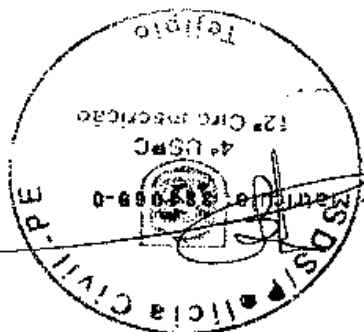
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

11-01-2018 17:57

11-01-2018 17:57

05/01/2018 17:41





B.O. registrado por: JOAO EPIFANIO DE SANTANA -

GERALDO EDUARDO DA SILVA (VITIMA)

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

INFORMA QUE NA DATA CITADA QUANDO ATRAVESSAVA A AVENIDA RECIFE, FOI ATROPELADO POR UMA MOTO QUE NAO SABE QUALIFICA DADOS,, SOFRENDO FRATURA NO TORNZELO DIREITO, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA DA ABIDIAS DE CARVALHO PELO SAMU... PELO EXPOSTO PDEE PROVIDENCIAS.....

Complemento / Observação

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
 Sr(a): DESCONHECIDO
 Categoria/Marca/Modelo: NOTIFICADA/DESCONHECIDO/NAO INFORMADO Objeto apreendido:
 NBR
 Com OUTRA COR - Quantidade: (UNIDADE NAO INFORMADA)

Boletim de Ocorrência

File:///C:/Users/Policia civil/infpol/xml/B.O]

Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0102002690

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/08/2018 às
15:20

Complementa o BO Número: 18E0102000082

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu
no dia 28/6/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1, PROXIMO AO HOSPITAL**
DA MULHER - Bairro: JARDIM SAO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO
/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
GERALDO EDUARDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)
DESCONHECIDO

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO RIMA - Recife, 02 de Agosto de 2018
Rua Engenheiro Manoel Gomes de Sousa, 33 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE. Fone: (81) 3114-4131 - Email: cartorio@recife.pe.br

Cópia autenticada conforme original: dou fe
Recife-PE 02/08/2018 16:14:55. Esc. Aut. de Recife-PE
Eml:3,41 TSM:0,68 TOTAL4,09 Esc. Aut. de Recife-PE
SEL0:0077248.ZR907201803.01594
SANDRA MARIA MENEZES TAVARES
Consulte a autenticidade do ato em: www.jpe.pe.br/verificacao

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

GERALDO EDUARDO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANTONIA BARBOSA DE FREITAS SILVA Data de Nascimento: 27/6/1952 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3022830/SDS/PE (RG) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Telefones Celulares:
- 084167411

Endereço Residencial: RUA PAUDALHO, 171 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:
DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: OUTRAS PROFISSOES

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)

VIA 01/08/2018 15:21 R102-481-02

MAN 10/11/2018 10:00:00



SR(s): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:

1 de 2

02/08/2018 15:11

Boletim de Ocorrência

File:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xanl/BOEPreview.htm

Não

Cor: OUTRA COR - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA QUE NA DATA CITADA QUANDO ATRAVESSAVA A AVENIDA RECIFE, FORA ATROPELADO POR UMA MOTOCICLISTA QUE NÃO SABE QUALIFICAR OS DADOS, POIS DESMAIOU NO MOMENTO DO ATROPELAMENTO. SOPRENDO FRATURA NO TORNZELO DIREITO, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA DA ABDIAS DE CARVALHO PELO SAMU... PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS.....

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

GERALDO EDUARDO DA SILVA
GERALDO EDUARDO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: ANDRE LUIZ VITORINO GOMES DA SILVA - Matrícula: 350588-0

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA
Rua Lapetinha (Hálio Gomes de Mello, 55 - Centro - CEP 55010-510 - Recife - PE - Fone: (81) 3114-4292 - e-mail: cartorioroma@pe.com.br

Cópia autenticada conforme original: da fe.
Recife-PE 02/08/2018 16:14:55. Em test. da ver. da fe.
Enol:3,41 TSNR:0,69 TOTAL 4,09
SELO:0077248.VORO7201803.01593

SANDRA MARTA MIRANDA - Juiz de Direito
Escritório de Registro de Imóveis Autorizado



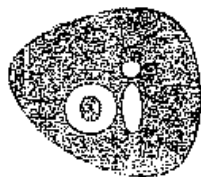
PARA USO DOS CORREIOS

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA -

- ☐ MUDOU-SE
☐ DESCONHECIDO
☐ RECUSADO
☐ FALLECIDO
☐ AUSENTE
- ☐ NÃO PROCURADO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ CEP INCORRETO
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO OU SÍNDICO

REINTEGRADO AO
SERVIÇO POSTAL EM:

RESPONSÁVEL:



PARA DDD OU DDI,
USE SEMPRE O 31.
E ECONOMIZE NAS LIGAÇÕES
DE LONGA DISTÂNCIA.

Comprovante de residência



99123410972013-DF/RJ/SPM

Oi

Correios

47300069



CTO RECIFE PE PL1
GERALDO EDUARDO DA SILVA
RUA PAU DALHO, 171
CURADO
50761-180 RECIFE-PE



7213512820067950000001314830221217

BAIRRO SAN MARTIN



FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31

INTERNET OL.COM.BR

AUXÍLIO À LISTA 102*

*Tarifa cobrada a cobrança. Consulte sua operadora.

ANATEL - 1331

CAIXA POSTAL DI: 711

CEP 50060-490, RECIFE - PE

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em internet, sem a apresentação da fatura, está sujeita a cobrança. Para mais informações, ligue 103 31.

PARA CONFIRMAR O CUPOM DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA, CLIQUE PARA: 102, 3101, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 00.

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO.
É A FORMA MAIS PRÁTICA E RÁPIDA
DE FAZER SEU PAGAMENTO.



SAIBA MAIS EM OL.COM.BR.

RESUMO DOS TRIBUTOS INCIDENTES				
RECEITAS (R\$)	VALOR ICMS	VALOR ISS	VALOR PIS	VALOR COFINS
SERVIÇOS TELECOM	0,00	0,00	0,00	0,00
SERVIÇOS NÃO TELECOM	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL TRIBUTOS	0,00	0,00	0,00	0,00

NOTA: Fundamento legal Lei 12.741/2012 e Resolução Anatel 532/2014.

CÓDIGO PARA DÉBITO
AUTOMÁTICO

171200198262



Comprovante de residência



Seguradora

LIDER

Administradora do Seguro DPVAT

GERALDO EDUARDO DA SILVA
R. PAUL ALHO, 171
CURADO
CEP. 50761-180 - RECIFE, PE

www.seguradolider.com.br

DPVAT - Como Requerer

Administradora do Seguro DPVAT
LIDER





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO

CAXANGÁ

Documentação médica - hospitalar



Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Municipal de São Almeida

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA

517958

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: GENIVALDO ROVAMBO DA SILVA

Idade: 64

Sexo: M (X) F () Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

SAN MARIN

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Outr: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura Bimaleolar do TIA

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ FC: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta (☒) Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea (☒)
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confusão 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Mídrise () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou Outras Drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Conduitas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

nuclm, 26103117

Local e Data

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 11:28:16
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011411281603300000055506056
Número do documento: 20011411281603300000055506056



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1553 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

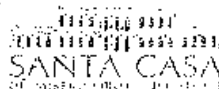
RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: GERALDO EDUARDO DA SILVA
Data: 04/09/2017

90 DPO DE SINTESE EM FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (MALEOLO
LATERAL)
FO : CICATRIZADA
RX BOA SINTESE
CD : FISIOTERAPIA
RETORNO COM 30 DIAS
CID : S85


Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM:14861





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3600 | Email: sto.casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **GERALDO EDUARDO DA SILVA**
Nº Registro: 507924 Nº Protuário: 1092164 Sexo: Masculino Idade: 65 ano (s)
Data: 04/10/2017 / 10:11 Convênio: SUS - AMB
Intervalo:

LAUDO PERNA e TORNOZELO DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.243414

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY, CRM: 10755, Data e Hora: 05/10/2017 11:39:01.

171 555990 2-100 8122-75-11

10/10/2017 11:39:01



0800 1111 0101
0101 0800 1111 0101
SANTA CASA

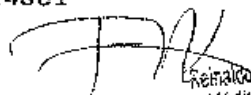
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Antônio - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3600, E-mail: sta-casa@saltacasa.org.br
Site: www.saltacasa.org.br

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: GERALDO EDUARDO DA SILVA
Data: 13/11/2017

05 MESES DE SINTESE EM FRATURA MÚLTIPAS DE TORNOZELO DIREITO
RX : FRATURA CONSOLIDADA
CD : ALTA AMBULATORIAL
CID : S82

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM:14861


Reinaldo M. de Carvalho
Médico Ortopedia
CRM - 14861-PE

1/1 965338 2608 9102-316-11

15/01/2020 11:28:16

