Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

14/01/2020

Número: **0060799-11.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **25/09/2019**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56419459	14/01/2020 11:00	2656642_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00607991120198172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**, 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:

DA AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL

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.

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 e uma comunicação policial, não há elementos capazes de comprovar que a lesão apresentada tenha decorrido do acidente de trânsito tendo em vista que a parte autora apresenta boletim de ocorrência elabora somente com a comunicação unilateral da própria parte autora, sem a presença de testemunhas e após 02 meses do suposto sinistro.

Ademais, os documentos médicos apresentados aos autos não mencionam que o atendimento médico tenha decorrido do acidente aduzido.

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

DA AUSÊNCIA DE INVALIDEZ

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização, 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 2018, 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

14/01/2020

Número: **0060799-11.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **25/09/2019**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (AUTOR)	**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)** **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56419468	14/01/2020 11:00	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário de Veiculo

Eu, Derson Torres de Oliveira,

RG: 9.807.405, data de expedição 24/01/2018

Órgão SDS, portador do CPF 12822810460, com

domicílio na cidade de Cumaru de São Felix, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua São José, nº 809,

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima Geovane Manoel da Silva Filho cujo o conduto era Derson Torres de Oliveira

Veiculo: moto

Modelo: Honda / CG 150 TITAN

Ano: 2009

Placa: KKM 0335

Chassi: 9C2KC1610 9R028524

Data do Acidente: 05/11/2018

Local e data do cartório: Camaçari de São Felix, 28 11 2018

Derson Torres de Oliveira

Assinatura do Declarante

Derson Torres de Oliveira

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade !

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMAÇARI DE SÃO FELIX
Titular: DANIEL [illegible] DA SILVA
Selo(s): [illegible]
Reconheço por autenticidade a(s) assinatura(s) de DERSON TORRES DE OLIVEIRA. Cod. [illegible] Emolumentos: R$ 3,96 TFRJ: R$0,80 FERC: 0,40 Total: 4,76. Em teste
Vereda - Elizabete Maria Almeida de Oliveira - Escrevente autorizada
Selo: 0075028.CEN0201803.00002 28/11/2018 10:23:58
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

COMPREV
MERCANTIL E PREVIDÊNCIA S/A
01 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Atendimento

PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE
NOVO RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 03/11/11 Hora 16:32 Registro 306-363

Nome [illegible]

Data de Nascimento _____ Idade 13 anos Sexo M

Endereço/ Procedência [illegible]

Naturalidade _____ Profissão _____

Responsável Alexandre da Silva Idade _____
[illegible]

Peso ____ PA ____ Temp ____ Pulso ____ FC ____ FR ____ HGT ____

Queixa Principal Queda de moto + TCE c/ perda de consciência há + 20 min

Dados Clínicos _____

Hipótese Diagnóstica TCE Grave

Exames Solicitados _____

Tratamento Proposto A. NCG

Exames Físico Lesão contusa [illegible] frontal à direita parietal + 10 cm

Evolução / Prescrição

Manhã: Manitol + AD, 3 ml, EV, AGR

Tarde: Manitol + AD, EV, AGR

David Xander
Médico
CRM-PE: 28063

Diagnóstico Inicial _____

Diagnóstico Definitivo _____

DESTINO DO PACIENTE

Atrado p/ observação ☐ Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐

Alta c/ residência c/ medicação prescrita ☐ Transferência p/ outro Hospital ☒

Pedido ☐ Óbito ☐

Indo para _____

VR - NCR
5549635

Avenida Estácio Coimbra Nº 45 - CEP: 55570-000 Fone: 3733-1116
São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.123.661/0001-43

COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CAMOCIM

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 79.095
DATA: 10 / 11 / 2018
HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL / ENFERMARIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Geovane manoel da Silva Filho
Genitora: Alexandra Gehi da Silva
Data nasc. 24 / 08 / 2001 Idade: _____ Sexo: (X) MASC. (/) FEM. Cor: _____
Endereço: Rua Central
Bairro: Mutirão nº: _____
Profissão: _____ Ponto de referência: Mercado do zé
Nome do acompanhante: _____ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____
TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS
( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. | PESO: | TEMP.:

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

Curativo
11:30
Jilos

COMPREV
MAI 2019
PROTOCOLO

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:

( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
( ) ÓBITO: _____ H _____ MIN.
( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
( ) INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA ____/____/____ HORA: ____:____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

CAMOCIM HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº. 79.095
DATA 10 / 11 / 2018
HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Geovane Manoel da Silva Filho
Genitora: Alexandra Gisele da Silva
Data nasc. 24/08/2001 Idade: _____ Sexo: (X) MASC. (/) FEM. Cor: _____
Endereço: Rua Central nº: _____
Bairro: Matriz Ponto de referência: Mercado de Zé
Profissão: _____
Nome do acompanhante: _____ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____
TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS ( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMOVEL ( ) OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP.:

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

COMPHEV
UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Curativo
11:30
Dos

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:

( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
( ) ÓBITO: _____ H _____ MIN.
( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
( ) INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA ____/____/____ HORA: ____ : ____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº : 165477

Nome : Juarez Manoel da Silva

Foi atendido às 02 h do dia 05 / 11 / 18

Diagnóstico Provável TCE leve

data da alta 05 / 11 / 18

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)

~~Voltar ao ambulatório de neurotrauma~~

Observação: Retirar pontos - 10 dia

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.

Cod. 0163

COMPREV

PROTOCOLO

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594

LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

DADOS PESSOAIS

Nome do paciente: Gabriel Ulhoa da Silva Filho

Data de nascimento: 24 / 06 / 2001 RG: 10.77209 SDS CPF: 137.561.654/72

DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento: 05 / 11 / 2018

Nº do B.O.: 19E0190000026

Resumo clínico: Paciente vítima de acidente de trânsito sofreu forte trauma cefálico c/ perda da consciência

Diagnóstico: TCE grave; dígito imobilizado

Tratamento: internação hospitalar

Sequelas: cefaleia + episódios de desmaio + dor crônica aos esforços físicos

Data da alta ambulatorial definitiva: 29/03/19

Abreu e Lima, 29 de maio de 2019

Dr. Pedro Marques
Traumatologia-Ortopedia
CRM 8594

Médico (CRM)

PRUCOLO
AGÊNCIA RECIFE
31 MAI 2019

COMPREV

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278

10.772.098 24/01/2018

<< GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO >>

<< GEOVANE MANOEL DA SILVA >>
<< ALEANDRA GENI DA SILVA >>

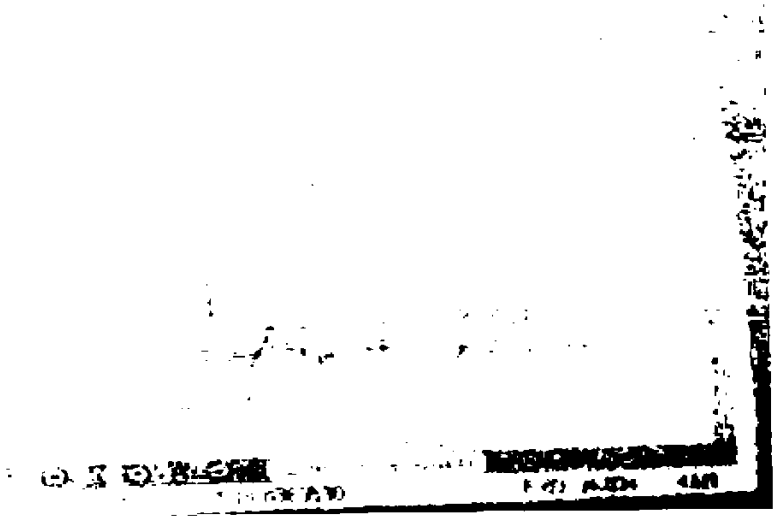
SÃO JOAQUIM DO MONTE - PE 24/08/2001

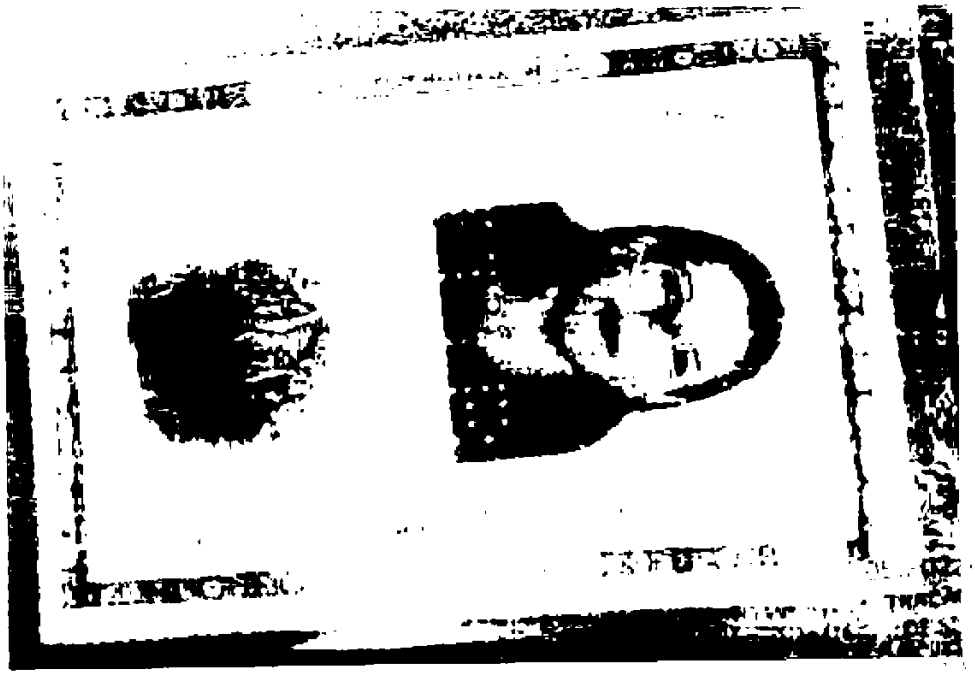
<< CIN 465 L.A2 F.33V CART. CAMOCIM
DE SÃO FÉLIX DE 03 09 2001 >>

Receita Federal

137.561.654-42

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO





Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
128.228.104-60

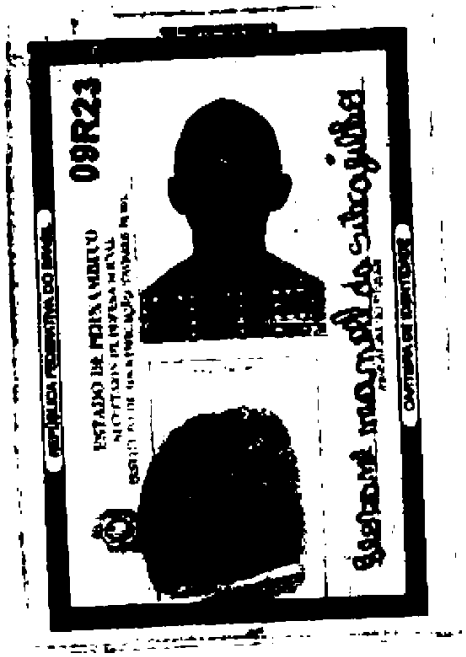
Nome
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

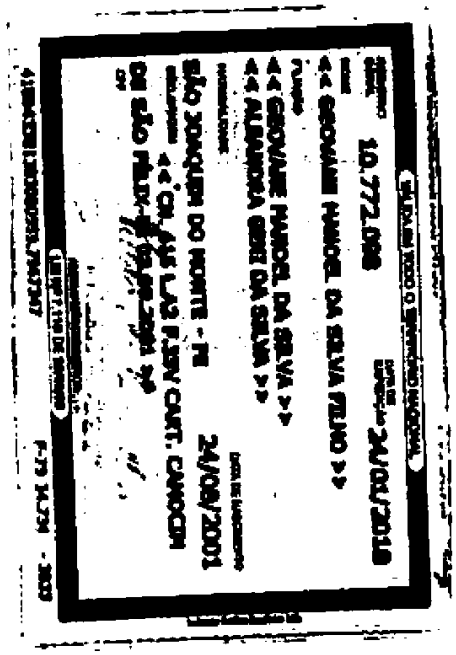
Nascimento
24/08/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

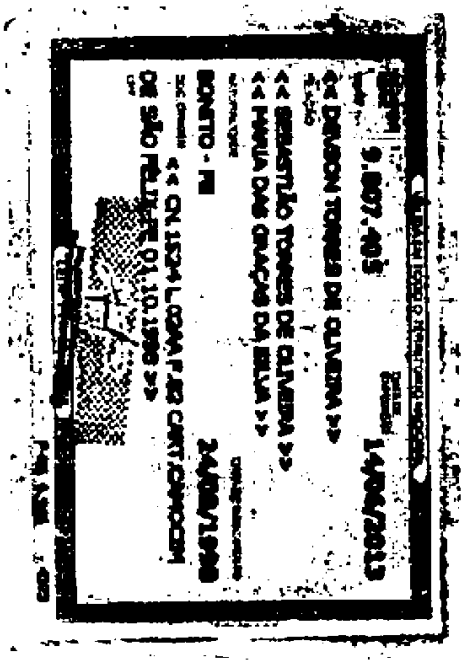
CÓDIGO DE CONTROLE
C24A.AFC2.1D66.7A44

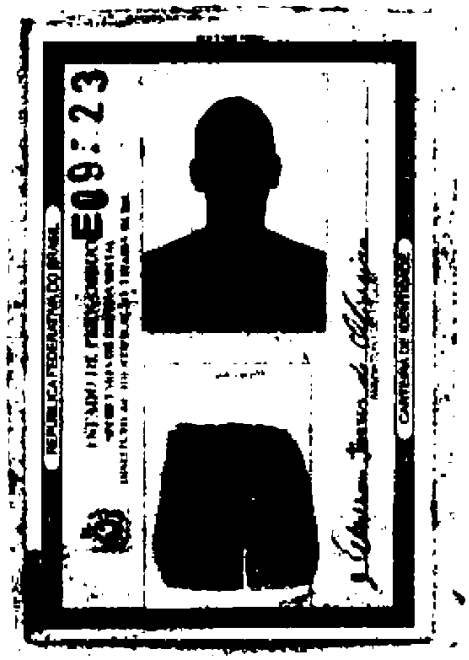
www.receita.fazenda.gov.br





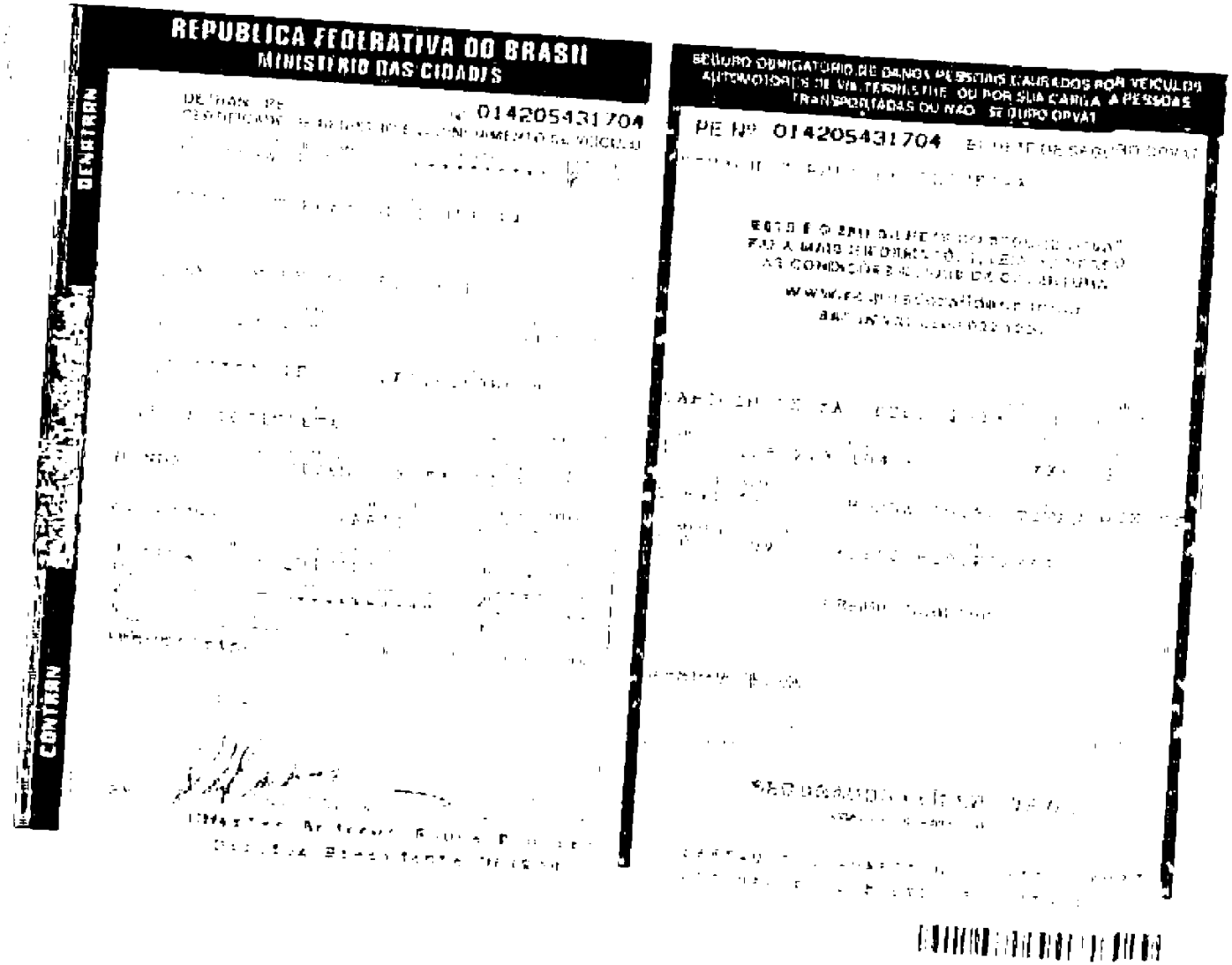
COMPREV
COMPREVIDÊNCIA
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE
E09:23
DEVADON TORRES DE OLIVEIRA
SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA
MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA
BONITO - MS
24/08/1968
CN 1524 LOMA F.02 CART.CINCOEN
DE São PAULO/SP 01.10.1986
9.807.403
14/04/2013


COMPREV
PROTOCOLO


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Coordenação-Geral de Fiscalização
CONTRIBUINTE INDIVIDUAL
DEVADON TORRES DE OLIVEIRA


CONTROLE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN PE

014205431704

DENATRAN

CONTRAN

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

PE Nº 014205431704

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO DO
AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO

WWW.SEGURODPVAT.COM.BR
SAC 0800-022-12-04

SEGURADORA LIDER DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

01371206059-8

CANCIAN DE SAO FELIX

Charles Andrews Sousa Ribeiro

01371206059-8

CANCIAN DE SAO FELIX

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DETRAN - PE nº 01420543170-4
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 1 | CÓD. RENAVAM: 1589413528 | CAT. ATRIB.: ********** | EXERCICIO: 2019

NOME: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

CAMOCIM DE SAO FELIX - PE

CPF/CNPJ: 128.289.104-60 | PLACA: KEM0335

PLACA ANT/UF: ******* /PE | CHASSI: 9C2KC1610JR018524

ESPECIE TIPO: PAS /MOTOCICLETA | COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX:KF | ANO FAB.: 2002 | ANO MOD.: 2003

CMT/POT/CIL: 29/149CL | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA — COTA ÚNICA: IPVA 2019 QUITADO | VENC. COTA ÚNICA: ********* | VENC/COTAS: 1ª ********* 2ª ********* 3ª ********

PARA LAUDA: X | NÚMERO/DATA

SEGURO FAC | IOF (%) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

CAMOCIM DE SAO FELIX | DATA: 16/10/19

Diretor-Presidente DETRAN/PE

CONFERE COM O ORIGINAL

PE nº 01420543170-4 | BILHETE DE SEGURO DPVAT

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

CAMOCIM DE SAO FELIX | DATA EMISSÃO: 16/10/19

128.289.104-60 | PLACA: KEM0335

9C2KC1610JR018524

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO FAC

CONVÊNIO | PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

ESTE VALE DE POSSE OBRIGATÓRIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190199228 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL PARIETAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190357696
Nome do(a) Examinado(a): GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
Endereço do(a) Examinado(a): RUA CENTRAL , 69 - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PE - CEP 55665-000
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 0000000
Data e Local do Acidente : 05/11/2018
Data e Local do Exame : 19/07/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
TCE

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
TRATAMENTO CONSERVADOR

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
QUEIXA CEFALEIA E DÉFICT MNEMONICO

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 (*).

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

(X) "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

_____

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

Região Corporal

_____

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

Região Corporal

_____

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

Região Corporal

_____

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/199228

.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho REQUERER reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/199228 tendo em vista está apresentando LAUDOS onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para pericia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

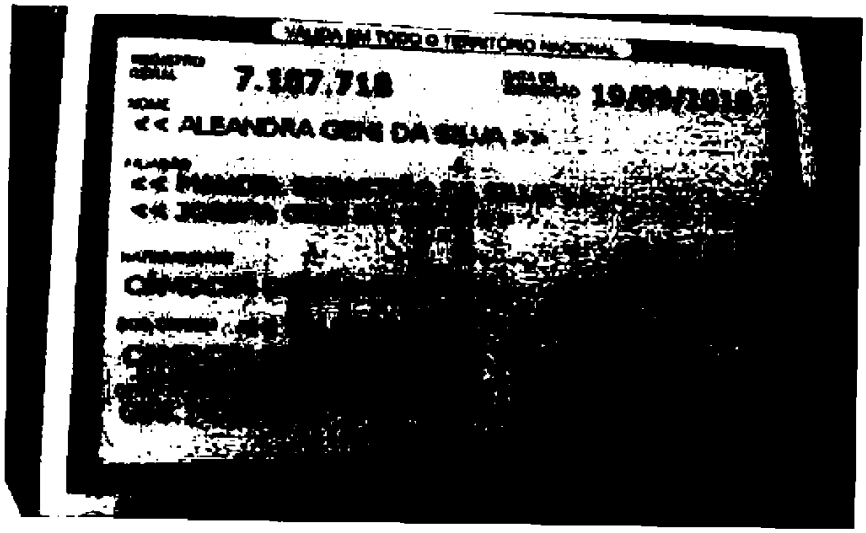
VÍTIMA: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

CPF: 137.561.654-42

COMPREV
COMPREV - DA E SEGURIDADE SIA
21 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

2 5 JUN 2019

PROTOCOLO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190357696 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE

Descrição do exame físico: Queixa de cefaleia e deficit mnemonico

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 19/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor - após avaliação dos documentos optado por manter a valoração deferida pelo examinador

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190357696 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE

Descrição do exame físico: Queixa de cefaleia e deficit mnemonico

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 19/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor - após avaliação dos documentos optado por manter a valoração deferida pelo examinador

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190357696 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO PARIETAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190357696 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO PARIETAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @5 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

Procuração

Por o presente instrumento particular de procuração, o Outorgante abaixo qualificado e o Outorgado também qualificado, [illegible] abaixo transcrito:

Outorgante [illegible]

[illegible] documento de identidade nº [illegible] expedido por [illegible] [illegible] inscrito no CPF sob o nº [illegible] residente na [illegible]

complemento [illegible] Bairro [illegible] cidade [illegible] Estado [illegible]

Outorgado [illegible]

[illegible] documento de identidade nº [illegible] expedido por [illegible] [illegible] inscrito no CPF sob o nº [illegible] residente na [illegible]

complemento [illegible] Bairro [illegible] cidade [illegible] Estado [illegible]

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se tornarem necessários na movimentação e circulação [illegible] complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e espécie maior para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

[illegible] de [illegible] de [illegible]

Outorgante [illegible]

[illegible]

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Geovane Manoel da Silva Filho

portador(a) do documento de identidade nº 10.772.098 expedido por SDS em 24.01.2008 inscrito no CPF sob o nº 137.561.654-42 residente na R. Central nº 69

complemento _____ Bairro Centro cidade Camocim de São Felix Estado PE

2. Outorgado Derson Torres de Oliveira

portador(a) do documento de identidade nº 9.807.405 expedido por SDS em 19.06.2013 inscrito no CPF sob o nº 128.228.104-60 residente na Rua São José nº 809

complemento _____ Bairro Mutirão cidade Camocim de São Felix Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Camocim de São Felix 27 de novembro de 2018

Outorgante Geovane manoel da Silva filho

Reconheço por autenticidade a firma

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMOCIM DE SÃO FELIX
Titular: DANIEL BENEDITO DA SILVA
Telefone: (88) 3743-1486

Reconheço por Autenticidade a(s) assinatura(s) de GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO Dou fé. Emolumentos:R$ 3,99 TFJ: R$0,80 FERC: 0,40, totaliza R$ 4,79. Em test.º Verdade - Elizabete Maria Almeida de Oliveira. Escrevente autorizada.
Selo: 0075028.VHA092018003.00051 27/11/2018 15:38:33
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

COMPREV
COMPANHIA PERNAMBUCANA DE PRODUÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DE SEMENTES
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186127/19

Número do Sinistro: 3190357696

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Data do acidente: 05/11/2018

CPF: 137.561.654-42

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO : 137.561.654-42

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: 14/06/2019
Nome: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
CPF: 128.228.104-60

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186127/19

Número do Sinistro: 3190357696

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Data do acidente: 05/11/2018

CPF: 137.561.654-42

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 29/06/2019
Nome: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
CPF: 128.228.104-60

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/06/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186127/19

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Data do acidente: 05/11/2018

CPF: 137.561.654-42

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA : 128.228.104-60

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO : 137.561.654-42

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: 31/05/2019
Nome: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
CPF: 128.228.104-60

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087397/19

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Data do acidente: 05/11/2018

CPF: 137.561.654-42

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA : 128.228.104-60

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

ALEANDRA GENI DA SILVA : 056.147.544-07

Comprovante de residência
Documentos de identificação

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO : 137.561.654-42

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
CPF: 128.228.104-60

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190357696
Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
Data do Acidente: 05/11/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01575/01576 - carta_03 - INVALIDEZ

00050788

Carta nº 14400907

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190357696 **Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 05/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00421/00422 - carta_01 - INVALIDEZ

00020211

Carta nº 14400908

:

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190357696 **Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 05/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00141/00142 - carta_02 - INVALIDEZ

00020071

Carta nº 14532577

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190357696 **Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 05/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00579/00580 - carta_04 - INVALIDEZ

00070290

Carta nº 14603367

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DAMS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

ANEXAR CÓPIA

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA CORRENTE

Nome do BANCO:

☐ Itaú (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA AGÊNCIA CONTA

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

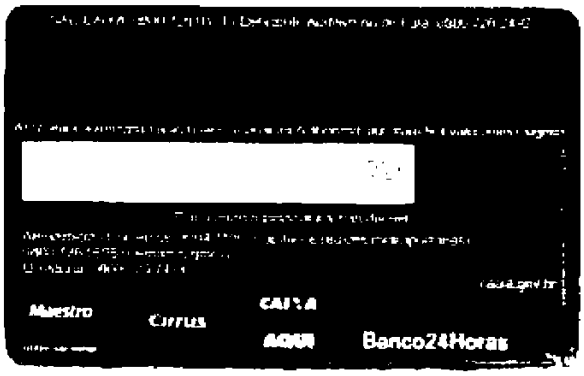
(assinale uma das opções)

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

TESTEMUNHAS

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS


CAIXA
POUPANÇA
603689 0010 60300 6370
ALEANDRA GENIDA SILVA
06/21
2192 013 00077992-2
debito


Maestro
Cirrus
CAIXA
Banco24Horas

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 137.561.654-42 | Nome completo da vítima: Geovane Manoel da Silva Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Geovane Manoel da Silva Filho | CPF: 137.561.654-42

Profissão: Recusou-se | Endereço: R. Central | Número: 69 | Complemento: Casa

Bairro: Centro | Cidade: Camocim de São Félix | Estado: PE | CEP: 55665-000

E-mail: | Tel.(DDD): (81) 9668-4814

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2192 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 77992 2 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Camocim de São Félix, 22/02/19

Nome _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geovane manoel da silva filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

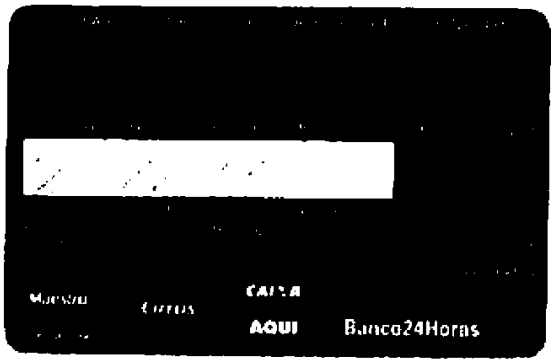
2ª | Nome: _____ CPF: _____

COMPREV
COMPREVENDA NOTA 10
Reconhecimento de firma
MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

FPS.001 V001/2018



COMPREV

MAI 2019

PROTOCOLO

Loterias CAIXA

Caixa Econômica Federal

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

842 86789429 9

11/FEV/2019 HORA DF 12:11:47

LOT: 15.015776-9 TERM: 006280
MODALIDADE: CANDEIA DE SÃO FELIX
VINCULADA: 2192 CONTROLE: 37084094

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0006 013 00015671-2

DEVANE-MANOEL DA SILVA FILHO

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

842-86789429-9

1ª VIA

COMPREV

31 MAI 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA REDISE

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 137.561.654-42

4 - Nome completo da vítima: Geovane Manoel da Silva Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Geovane Manoel da Silva Filho

6 - CPF: 137.561.654-42

7 - Profissão: Reluson-se

8 - Endereço: R. Central

9 - Número: 63

10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro

12 - Cidade: Camocim de São Felix

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55665-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): (81) 9.9668-4814

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Aleandra Geni da Silva

18 - CPF do Representante Legal: 056.147.544-07

19 - Profissão do Representante Legal: Reluson-se

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 4995 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 15971 2 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Desquitado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (grávida)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Camocim de São Felix 07/06/2019

Geovane M. da S. Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Aleandra geni da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.003 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1-14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0190000026**

[illegible] **13/01/2019** às **15:00**

[illegible] 19E0190000024

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) [illegible] **5.11.2018** [illegible]
Madrugada

[illegible] **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112** [illegible] **CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE PERNAMBUCO BRASIL**
[illegible] **RODOVIA ESTADUAL**

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - [illegible] **Masculino** [illegible] **ALEANDRA GENI DA SILVA** [illegible] **GEOVANE MANOEL DA SILVA** [illegible] **24.8.2004** [illegible] **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**
[illegible] **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 60, RUA CENTRAL, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX PERNAMBUCO BRASIL**

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - [illegible] **Masculino** [illegible] **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA** [illegible] **SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA** [illegible] **24.8.1998** [illegible] **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**
[illegible] **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 8, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX PERNAMBUCO BRASIL**

[illegible]

MOTOCICLETA (VEICULO) [illegible] **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA** [illegible] **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**
[illegible] **MOTOCICLETA HONDA CG 150** [illegible] **Não**
[illegible] **0 - UNIDADE NÃO INFORMADA**

PAMU235 [illegible] **158413520** [illegible] **9C2KC1610R8028524**
[illegible] **2008 2009** [illegible] **ALCO GASOL**

[illegible]

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICIPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA, QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE. FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS, FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE

[illegible] pessoa se presente nesta unidade policial.

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VITIMA)

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR - AGENTE)

[illegible] **JOSE EDSON DE SANTANA MOURA FILHO** [illegible] **3873374**

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1.14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0190000024**

Ocorrência registrada nesta unidade policial em 13/01/2019 às 14:38

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/11/2018 no período da Madrugada

MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112 - CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE PERNAMBUCO BRASIL
RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: ALEANDRA GENI DA SILVA - Pai: GEOVANE MANOEL DA SILVA - Data de nascimento: 24/8/2001 - Idade: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 69, RUA CENTRAL, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX PERNAMBUCO BRASIL

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA - Pai: SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA - Data de nascimento: 24/8/1998 - Idade: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX PERNAMBUCO BRASIL

Veículo(s) envolvido(s) na ocorrência

MOTOCICLETA (VEICULO) - Condutor: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO - Proprietário: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
MOTOCICLETA HONDA CG 150 - Houve acidente: Não
(UNIDADE NÃO INFORMADA)
KKM0335 - Renavam: 158413520 - Chassi: 9C2KC16109R028524
2009/2009 - Combustível: ALCO/GASOL

Complemento/Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICIPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA, QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE. CONFORME ANEXO A ESTE BOE, FEL CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS. FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE.

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VITIMA)

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR AGENTE)

JOSE EDSON DE SANTANA ROCHA FILHO - Matrícula: 3873374

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/01/2019** às **14:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/11/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112** - Bairro: **CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (AUTOR \ AGENTE)
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALEANDRA GENI DA SILVA** Pai: **GEOVANE MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **24/9/2001** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 88, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **24/8/1998** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KXM0338** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1084136820** Chassi: **9C2KC1610HR028824**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação -

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICIPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE; FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE.

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VITIMA)

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **JOSÉ EDSON DE SA[illegible] ROCHA FILHO** / Matrícula: **3873374**

14ª USPC
Girsun

COMIPEV
MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000026

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/01/2019 às 15:00**

Complementa o BO Número: **19E0190000024**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumada) que aconteceu no dia **6/11/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112** - Bairro: **CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (AUTOR \ AGENTE)
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALEANDRA BENI DA SILVA** Pai: **GEOVANE MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **24/8/2001** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 68, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÃO - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **24/8/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 8, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA** que estava em posse do(s) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KRM0338 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **1084413820** Chassi: **9C2KC1910GR025834**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICIPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE; FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE.

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

Geovane M. das. Filho
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VITIMA)

Devson Torres de Oliveira
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **JOSE EDSON DE SANTANA [illegible] FILHO** - Matrícula: **3873374**

14ª DSPC
100ª Circunscrição
Camocim de São Felix

COMPREV
MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DANOS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

Nome do BANCO:

AGÊNCIA CONTA AGÊNCIA CONTA

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

TESTEMUNHAS

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

SUS

SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE

PREFEITURA SÃO JOAQUIM DO MONTE

Unidade Mista Presidente Castelo Branco
Secretaria Municipal de Saúde
SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO

192

Medico Regulador | CRM | Operador de frota

Data | Hora | ID | Nº ocorrência | Unidade Móvel | Base da unidade

Identificação

Endereço da ocorrência | Nº

Bairro | Município

Ponto de referência

Nome da vítima

Solicitante / Fone | Idade | Sexo

Cartão de saúde SUS

Queixa

Comunicação | Saída da base | Chegada no local | Saída do local | Chegada ao destino | Saída do destino | Chegada na base

☐ Transferência (senha)

Tipo de Agravo:

☐ Acidente Trânsito
☐ Pedestre
☐ Condutor do veículo
☐ Passageiro do veículo
☐ Agressão
☐ Clínico
☐ Desabamento / Soterramento

☐ Traumatismo
☐ FAB
☐ FAF
☐ Gineco-obstétrico
☐ Lesões Internas
☐ Pediátrico
☐ Psiquiátrico
☐ Outras Afogamento

☐ Queda ____ Metros
☐ Queimadura
☐ Térmica
☐ Química
☐ Elétrica
☐ Outra

Antecedente:

☐ SUDS
☐ Alcoolismo
☐ Alergia
☐ AVC
☐ Cirurgias Realizadas

☐ Convulsões
☐ Diabetes
☐ Doenças Crônicas
☐ Doenças Infecto contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal

☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamentos anteriores
☐ Medicamentos
☐ Problemas Cardiovasculares
☐ Outros

Exame Clínico:

Principais sintomas: Queixa

☐ Agitação/agressividade
☐ Alergia
☐ Alteração de pulso
☐ Cianose

☐ Convulsão
☐ Diarreia
☐ Dificuldade Respiratória
☐ Dor Local
☐ Febre
☐ Hemiparesia / Desmaio

☐ Palidez
☐ Sangramento
☐ Vômito
☐ Outros

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Sinais Vitais

Horário	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação de O2	Escala de Coma de Glasgow
Início							
Fim							

PERFUSÃO:

Via Aérea
☐ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Sinais Aspiração
☐ Sinais de Cianose
☐ OBS

Respiração/Ventilação:
☐ Espontânea
☐ Parada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ruído irregular

Ausculta:
☐ Normal
☐ Renocerebral
☐ Estertores
☐ Diminuição MV
☐ Ausência MV

Dependentes/Hidratação:
☐ Normal
☐ Hipertrofia
☐ Regular
☐ Irregular

Pulmão ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração amarelo/verde ☐ Hemoptise ☐ Ruído Entre ☐ Outros

☐ PERFUSÃO

Pele: ☐ Cianose ☐ Fria
Extremidades: ☐ Imersão ☐ Pérpetra
Perfusão: ☐ Normal ☐ Retardada
Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular
Pupilas: ☐ Normal ☐ Hipofonese
ECG: ☐ Normal ☐ Alterado

☐ Corado ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Queimar ☐ Tenso ☐ Cianose
☐ Ictérico
☐ Ausente
☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
☐ Lento Preenchimento ☐ Arritmia ☐ Sopro
☐ Não realizado

Medidas Lineares	Cabeça	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Circunfer.											
Abertura											
Excursão											
Comprimento											
Perímetro											
Volume											
Fraq. Período											
Fraq. Aberta											
Amplitude											
Cicatriz											
Sensibilidade S											

OBSERVAÇÕES

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ Agnosia
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Letargia
☐ Desorientado Tempo

☐ Hemiparesia Esquerda
☐ Hemi. Bastante Direita
☐ Hemi. Bastante Esquerda
☐ Hemi. de Grau Leve Direita
☐ Hemi. de Grau Leve Esquerda
☐ Rigidez de Nuca
☐ Afasia

☐ Miose Direita
☐ Miose Esquerda
☐ Midríase Direita
☐ Midríase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anisocoria

☐ Hemiplegia
☐ Afetação
☐ Pupila reagente
☐ Pupila não reagente
☐ Outros

SEGMENTO:

☐ Cianose
☐ Dermo Pálidas
☐ Normal
☐ Turgência Jugular
☐ Edemas Subcutâneos
☐ Outros

Abdômen:

☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Doloroso / Defesa
☐ Esplenomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Abdômen sem alterações
☐ Normal
☐ Outros

Urogenital:

☐ Anúria
☐ Oligúria Sinais
☐ Gotejamento Esquerda
☐ Hematúria
☐ Outros

GINECO-OBSTÉTRICO:

☐ Gestante ☐ Sangramento vaginal ☐ Normal ☐ Cesárea ☐ Outros
☐ Trabalho de parto ☐ 1º Período ☐ 2º Período ☐ 3º Período ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Pós-parto ☐ Gemelar ☐ Período puerperal ☐ APGAR: _____

PROCEDIMENTOS:

☐ Ventilação Não Invasiva
☐ Ventilação Mecânica
☐ Drenagem Torácica
☐ Cateterismo venoso
☐ Ventilação Mecânica Assist.
☐ Intubação
☐ Traqueostomia
☐ Tratamento Clínico

☐ Procedimentos e ações cirúrgicas
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa periférica
☐ Punção Venosa Central

☐ Sondagem Gastrica
☐ Sondagem Vesical
☐ Sucção
☐ Imobilização
☐ Colar Cervical
☐ Tala/Tração
☐ Evisceração
☐ Tratamento
☐ Monitorização ☐ Cardíaca / Oximetria
☐ Outros

Diagnóstico: _____

TERAPÊUTICA

Medicação endovenosa	Volume	Medicação	Dose	Via	Horário
Ringer lactado					
Sol. Fisiológica 0,9%					
Sol. Glicosada 5,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR _____

MUNICÍPIO _____

INTERCORRÊNCIA: _____

Assinatura e carimbo do médico
(unidade de destino)
Hora: _____

PERTENCES DO PACIENTE

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor

TERMO DE RECUSA

Declaro para estar de fim que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE pela oportunidade

Hora: _____ Assinatura: _____

Unidade Mista Presidente Castelo Branco
Secretaria Municipal de Saúde
SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO

192

Identificação

Médico Regulador: Gis Diego			TARM		Operador de frota: Murce
Data: 05.11.18	Hora	ID: 005	Nº ocorrência: 4566	Unidade Móvel: USB	Base da unidade: - In

Endereço da ocorrência: Hospital UMPCB — Nº:

Bairro: Centro — Município: São Joaquim do Monte — PE

Ponto de referência: O mesmo

Nome da vítima: Gerson Manoel da Silva Filho — Idade: 17 — Sexo: M / F

Solicitante / Fone: — Cartão de saúde - SUS:

Queixa: Transferência

Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base

☒ Transferência (senha): 5549635 - RR

Tipo de Agravo:
- ☐ Acidente Trânsito _____
- ☐ Pedestre
- ☐ Condutor de veículo
- ☐ Passageiro de veículo
- ☐ Agressão
- ☐ Clínico
- ☐ Desabamento / Soterramento
- ☐ Hemorragia
- ☐ PAB
- ☐ FAF
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Lesões múltiplas
- ☐ Queimadura
- ☐ Politrauma
- ☐ Outros Alegações
- ☐ Queda _____ Metro
- ☐ Queimadura
- ☐ Térmica
- ☐ Química
- ☐ Elétrica
- ☐ Outros

Antecedentes:
- ☐ AIDS
- ☐ Alcoolismo
- ☐ Alergia
- ☐ AVC
- ☐ Cirurgias Realizadas
- ☐ Cardiopatia
- ☐ Diabetes
- ☐ Doença Cardíaca
- ☐ Doença Infecto contagiosa
- ☐ Doença Mental
- ☐ Doença Renal
- ☐ Drogadição
- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Internamentos anteriores
- ☐ Medicamento _____
- ☐ Problemas Respiratórios
- ☐ Outros _____

Exame Clínico:
Principais sintomas / Queixas
- ☐ Agitação/agressividade
- ☐ Alergia
- ☐ Anafilaxia de pulso
- ☐ Cianose
- ☐ Convulsão
- ☐ Diarréia
- ☐ Dificuldade Respiratória
- ☐ Dor Local
- ☐ Febre
- ☐ Hemorragia / Drenagem
- ☐ Palidez
- ☐ Sangramento
- ☐ Vômito
- ☐ Outros _____

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O2 %	Escala de Glasgow
Início:							
Fim:							

RESPIRAÇÃO:
Via Aérea:
- ☐ Livre
- ☐ Obstrução Parcial
- ☐ Total
- ☐ Corpo Estranho
- ☐ Broncoaspiração
- ☐ Edema de Glote
- ☐ OBS

Respiração/Ventilação:
- ☐ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo irregular

Ausculta:
- ☐ Normal
- ☐ Desconfortável
- ☐ Estertores
- ☐ Diminuição MV
- ☐ Ausência MV

Expansibilidade:
- ☐ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Cianose ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Rítido Estridor ☐ Outros

CIRCULAÇÃO:
Pele: ☐ Corada ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros
Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M.Inferiores ☐ Ausente
Perfusão: ☐ Normal ☐ Sensibilidade ☐ Ausente
Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
Ausculta: ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Abafa Parcialmente ☐ Arritmia ☐ Sopro
ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

COMPREV
COMPRE... AGÊNCIA SÃO...
11 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS E	MS D	MI E	MI D
Amputação											
Contusão											
Hemorragia											
Fenômeno											
Perfuração											
Queimadura											
Fratura Exposta											
Fratura Aberta											
Luxação											
Lesão											
Outras Lesões %											

OBSERVAÇÕES:
Pact. transferido para o HR: 554-635 possível TEE? médico plantonista fez encaminhamento de mesmo e foi o destino do Queiroz
Jovaldo

EXAME NEUROLÓGICO:
- ☐ Agitação
- ☐ Sonolência
- ☐ Coma
- ☐ Confusão
- ☐ Convulsão
- ☐ Ocorrência Direta
- ☐ Ocorrência Esquerda
- ☐ Sinal Bastão Direito
- ☐ Sinal Bastão Esquerdo
- ☐ Sinal da Gaveta Direita
- ☐ Sinal da Gaveta Esquerda
- ☐ Rigidez de Nuca
- ☐ Afasia
- ☐ Mínima Direita
- ☐ Mínima Esquerda
- ☐ Máxima Direita
- ☐ Máxima Esquerda
- ☐ Paralisia
- ☐ Paresia
- ☐ Anestesia
- ☐ Paralisia
- ☐ Arreflexia
- ☐ Pupila reagente
- ☐ Pupila não reagente
- ☐ Outros:

SEGMENTO:
- Posição
- ☐ Decúbito Trapézio
- ☐ Normal
- ☐ Tiraglemia Jugular
- ☐ Enfisema Subcutâneo
- ☐ Outros:

Abdômen:
- ☐ Distensão ☐ direita
- ☐ Doloroso / Doloroso
- ☐ Equimoseagalia
- ☐ Hipoperistaltismo
- ☐ Irritação peritoneal
- ☐ Normal
- ☐ Outros:

Urogenital:
- ☐ Anúria
- ☐ Glicosúria Direita
- ☐ Glicosúria Esquerda
- ☐ Hematúria
- ☐ Outros

GINECO-OBSTÉTRICO:
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ Outros ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ APGAR: _____
☐ Parto dobra ☐ Operular ☐ Líquido Meconial

PROCEDIMENTOS:
- ☐ Canalização Veia Adrena
- ☐ Entubação Nasotraqueal
- ☐ Cânula Orofaríngea
- ☐ Cricotireoidotomia
- ☐ Ventilação Manual Ambu
- ☐ Respirador
- ☐ Aplicação O2
- ☐ Torracocentese c/ Agulha Direita
- ☐ Torracocentese c/ Agulha esquerda
- ☐ Drenagem Torácica Direita
- ☐ Drenagem Torácica Esquerda
- ☐ Massagem Cardíaca Externa
- ☐ Desfibrilação/Cardioversão
- ☐ Controle Hemorragia
- ☐ Curativo
- ☐ Punção Venosa periférica
- ☐ Punção Venosa Central
- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Sonda Nasal
- ☐ Enfaixamento
- ☐ Imobilização Membros
- ☐ Colar Cervical
- ☐ Talas/Tração
- ☐ Entubação Orotraqueal
- ☐ Traqueostomia
- ☐ Monitorização Cardíaca / Oximetria
- ☐ Outros

Diagnósticos: _____

TERAPÊUTICA	Volume	Medicação	Bom	Via	Medido
Reposição volêmica					
Ringer Lactato					
Sol. Fisiológica 0,9%					
Sol. Glicosada 5,0%					
Outros					

DESTINO:
UNIDADE HOSPITALAR: UPAR - HR
MUNICÍPIO: São Joaquim de Juá - Recife
INTERCORRÊNCIA: _____
Assinatura e carimbo do médico (Unidade de destino)
HORA: _____

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e Função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Tec. de Enfem.	Condutor
Dr: Diego	Dr: David	Jovaldo	Geraldo

TERMO DE RECUSA:
Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____ / _____ **Assinatura:** _____

COMPREV
AGÊNCIA SIA
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

55,52

compesa

55,52

compesa

CNPJ 08.769.838/0001-84
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014308-2

ATENDIMENTO: RUA JOAO PESSOA - NUM. - 00373 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55605-000

[illegible] DA SILVA MATRICULA: [illegible] 06/2018
R CENTRAL, N. 00000 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55605-000
INSCRICAO: 055.610.066.0000.015 GRUPO:4 DEB.AUTOMATICO: 104120000

CONSUMO AGUA	PROVENIENTE	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA

VENCIMENTO	LEITURA ANTERIOR 07/05/2018	DATA LEITURA ATUAL 06/06/2018	TIPO DE CONSUMO (M3) REAL

AGUA:
LEIT.ANT: 002 CONSUMO:13
LEIT ATU: 015
LEIT PAT: 015

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

06/2018	25
05/2018	07
07/2018	04
06/2018	03
05/2018	09
04/2018	10
MEDIA:	06

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	23	25	25
COR APARENTE	23	25	14
CLORO RESIDUAL	23	25	15
COLIF. TOTAIS	23	25	25
E.COLI	23	25	25

Qualidade da Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOR RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICOES SANITARIAS DA AGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL I UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R$ 4,74 POR M3	3 M3	14,22

[illegible]	55,52	7,00	4,22

VENCIMENTO: 06/11/2018 TOTAL A PAGAR: 55,52
MENSAGEM:

COMPREV
11 MAI 2018
PRUCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Conta Contrato	Nome	Endereço
004004837784	MARIA DAS GRACAS DA SILVA	RUA SAO JOSE, 809 - MULTIRAO - CAMOCIM DE SAO FELIX - 55665

Visão Detalhada

Periodo	Data Inicial	Data Final	Faturado (kWh)	Reativo Fat. (kVARh)	Data Vcto	Valor	Data Pgto	
11/2018	18/10/2018	16/11/2018	81.00	0	23/11/2018	68,94		Segunda Via de Fatura
10/2018	15/09/2018	17/10/2018	95.00	0	24/10/2018	81,53	05/11/2018	Segunda Via de

COMPREV
31 MAI 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

[illegible] http://www.seguradoralider.com.br [illegible] para o SAC DPVAT [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636

[illegible] **profissão e renda** [illegible] **esta recusa é passível de comunicação ao COAF!**

[illegible]

[illegible] DPVAT [illegible]

[illegible]

Seguradora LIDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Derson Torres de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.228.104-60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genivane Manoel da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 137.561654-42 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Genivane Manoel da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 137561654-42 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço: Rua São José		Número: 809	Complemento: casa
Bairro: Multirão	Cidade: Camocim de São Félix	Estado: PE	CEP: 55665-000
Email:		Telefone comercial (DDD): (81) 9665-4814	Telefone celular (DDD):

Camocim de São Félix 22 de 02 de 19
Local e Data

Derson Torres de Oliveira
Assinatura do Declarante

COMPREV
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

DLDRL_001 V001/2017

Declaração do Proprietário de Veiculo

Eu, [illegible],

RG: [illegible], data de expedição [illegible]

Órgão [illegible], portador do CPF [illegible] com

domicilio na cidade de [illegible], no Estado de

[illegible] onde resido na (Rua/avenida/estrada)

[illegible], nº [illegible]

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veiculo

abaixo mencionado e(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vitima [illegible]

cujo o conduto era [illegible]

Veiculo: [illegible]

Modelo: HONDA CG 125 TITAN

Ano: 2003

Placa: KKM 0385

Chassi: 9C2KC1610R[illegible]

Data do Acidente: [illegible]

Local e data do cartorio: [illegible]

[illegible]

Assinatura do Declarante

[illegible]

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade

[illegible]