

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3190390028

Escolha (X) (X) (X) de cobertura: ☐ GANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

3 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
247.506.974-00 VALDOMARO MANOEL DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: VALDOMARO MANOEL DOS SANTOS 6 - CPF: 247.506.974-00
7 - Profissão: Nôbre 8 - Endereço: FORTIN CAMPO ALEGRE 9 - Número: 116 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: GUARÁ DO OESTE 13 - Estado: PR 14 - CEP: 55620-000
15 - E-mail: Nôbre 16 - Tel (DDD): (41) 99304-6299

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RENDIMENTO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.011,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POLIPANCA (somente para os bancos citados. Anular uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (134)
AGÊNCIA: 3536 CONTA: 20547 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autoriza a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT a que tem direito, reconhecendo a dívida, desde que a mesma não seja objeto de litígio, suspensão total do valor recebido.

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

Declara, sob as penas da lei, a existência impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sob pena de cassação da indenização.

☒ 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.

Para receber a indenização, solicito a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, por parte da Seguradora, concordando desde já, em não sustentar a avaliação técnica de custos, as Seguradoras Lider para verificação de eventuais inconsistências das informações declaradas de fontes de terceiros, conforme Lei 5.134/74, art. 3º, §1º, desde que esta autorização não implique em concordância com a futura avaliação médica ou técnica ou direito de indenização, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (em OVI) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Caso de falecimento com a vítima: 26 - Último deixou comprovante(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a última deixou comprovante(s), informar o nome completo: 28 - Vítima viveu? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herança? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pensão vitalícia? ☐ Sim ☐ Não

Exeto diante de tudo a Seguradora Lider pagará, sem ônus, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, em prazo certo, ainda, de que qualquer renúncia ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legal de quem assina a rogatória 36 - CPF legal de quem assina a rogatória 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória 38 - 39 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 40 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: GUARÁ DO OESTE (PR), 16/01/2019.
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se aplicável): VALDOMARO MANOEL DOS SANTOS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP&P/CIRC
DINTER/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000528

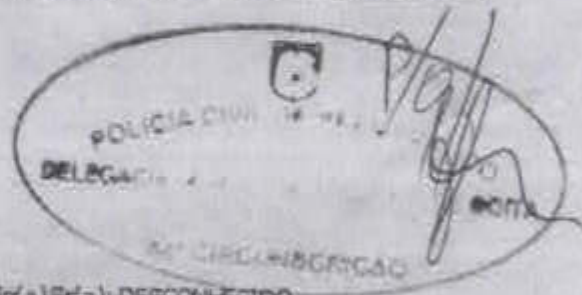
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/05/2019 às 11:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 4/4/2019 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO GOITÁ, 1, CAMPO ALEGRE, ESTRADA VICINAL PROXIMA PE 50
- Bairro: ZONA RURAL - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

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

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: REGINA MARIA DA PAZ Data de Nascimento: 31/12/1949 Naturalidade: GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 809933/SDS/PE (RG), 24750697400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAD. INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 081995338936

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO GOITÁ, 116, CAMPO ALEGRE 2 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE)

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: OUTRA/MONAR/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: VINHO - Quantidade: 1 (UNIDADE)

05.002.094/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

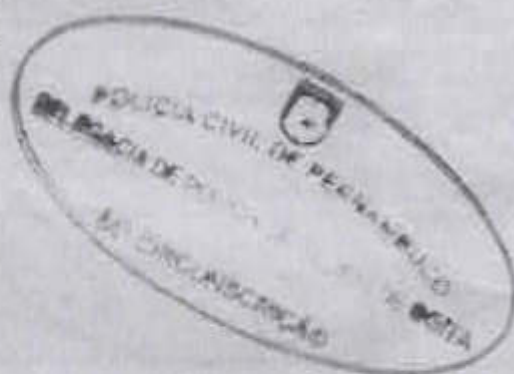
<https://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VinculaRO.do?idUn=1>

A VITIMA INFORMA QUE NO DIA 04/04/2019 VINHA SAINDO, DE BICICLETA, PELA ESTRADA DE TERRA QUE CHEGA ATE A RODOVIA PE 53, QUANDO UMA MOTOCICLETA PILOTADA POR UM DESCONHECIDO, DE PLACA NAO IDENTIFICADA, QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, BATEU E JOGOU A BICICLETA COMO VITIMA PARA VALETA A VITIMA FICOU CAIDA NO LOCAL, COM O PE ESQUERDO FRATURADO, QUANDO POPULARES O ENCONTRARAM E O LEVARAM ATE O HOSPITAL DE GLORIA DO GOTA, A UNIDADE MISTA MARIA GAMA GUERRA, DELA, FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO.

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

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
(VITIMA)*Valdomiro Manoel dos Santos*

S.O. registrado por: JOBSON DOS SANTOS SILVA - Matrícula: 301.171-8

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1
Itaú Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exibir este tipo de cobertura: ☐ DIÁRIO (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MONTE

Nº do atestado ou RCL: _____ CPF da vítima: **247.506.974-00** Nome completo da vítima: **VALDOMINO MANOEL DOS SANTOS**
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 484/2012
 Nome completo: **VALDOMINO MANOEL DOS SANTOS** CPF: **247.506.974-00**
 Profissão: **REDA** Endereço: **Fazenda Campo ALBU** Número: **116** Complemento: _____
 Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **GLÓRIA DO GOIATÁ** Estado: **PE** CEP: **55620-000**
 E-mail: **REDA** Telefone: **(81) 99606-7965**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL:
☒ RENDIDO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☐ CONTA POUPANÇA (somente para quem possui conta poupança) ☒ CONTA CORRENTE (todas as contas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do banco: **BRASIL**
☐ Banco do Brasil (201) ☐ Caixa Econômica Federal (304)
 Agência: _____ Conta: _____ Agência: **233** Conta: **64720**
 (Informe o dígito do banco) (Informe o dígito do banco) (Informe o dígito do banco) (Informe o dígito do banco)

Advertência: a Seguradora Líder e credora na conta bancária informada, de multa por inadimplência, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e declarando, desde já, a minha ajuda e anuência para a efetivação do crédito, quitando total do valor recebido.

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 **assinale uma das opções**:
☒ Não há IML, que atende 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.
 Para melhor esclarecimento, informo o procedimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando desde já, sem me submeter à avaliação médica do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.206/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MONTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Vício Data do ato 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 tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou bens/móveis? ☐ Sim ☐ Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem sua condição, assinando, desde já, a declaração de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **GLÓRIA DO GOIATÁ (PE), 19/06/19**
 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura de quem assina a RODO: **Valdomino Manoel dos Santos**
 Assinatura da vítima/beneficiário (beneficiário): _____
 Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____
TESTEMUNHAS
 2ª Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura: _____
 3ª Nome: _____ CPF: **05.802.494/0001-41**
 Assinatura: **TRACÃO CORRETORA**
SEGUROS LTDA

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá assinar todas as partes, preencher e assinar o presente formulário, a Seguradora Líder, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do contrato, antes de preencher e assinar.

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

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 04/04/2019 16:30

Nome Paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 89
Senha: PED010
Convênio:
Atendimento:
SAME:

5655588

Período: 04/04/2019 16:31 - 04/04/2019 16:32

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APOS COLISAO BICICLETA X MOTO.
HAS-
DM
ALERGIA NEGA

Observação: GLORIA DO GOIÁ

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos - REGUA DE DOR: 8

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE RESUROS LTDA

29 PM 7-19

02/04/2019 16:32 4 86261
Pelo Vício 02-10-2019

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/04/2019 16:32

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000020547-2

Nr. da Autenticação 6190AF2A9BEA4671



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.calpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

CPF 247.506.974-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

FZ CAMPO ALEGRE 116

GLORIA DO GOITAVGLORIA DO GOITA
GLORIA DO GOITA PE
55620-000

CONTA CONTRATO

7029928830

MÊS/ANO

12/2018

DATA DE VENCIMENTO

03/01/2019

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

23/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

24/12/2018

APRESENTAÇÃO

2001819205

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

6219270

28,17

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 04/04/2019 16:30

Nome Paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 89
Senha: PED010
Convênio:
Atendimento:
SAME:

5655388

Período: 04/04/2019 16:31 - 04/04/2019 16:32

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86281 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APÓS COLISÃO BICICLETA X MOTO.
HAS-
DM-
ALERGIA NEGA

Observação: GLORIA DO GOITÁ

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos - REGUA DE DOR: 6

05.802.494/B001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAR 2019
RUA DA AGRICULTURA, 172, 5º ANDAR, L. 1
BOA VISTA - CEP: 50.050-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86281 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/04/2019 16:32



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 705588

Prontuário: 1115738

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data Nasc.: 05/12/1949

Idade: 69

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 809903

CNS: 705607411122912

Endereço: LOTEAMENTO CAMPO ALEGRE

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Cidade: GLORIA DO GOIÁ

Estado: PE

CEP: 55620000

Fone: 82686888

Profissão:

Nome da Mãe: REGINA MARIA DA PAZ

Acompanhante: ANDREA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5885388 REFERE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APÓS COLISÃO BICICLETA X MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 04/04/2015 HORA: 18:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA: Paciente com queixa de trauma em tornozelo direito e tornozelo esquerdo.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
 Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:
 Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
 Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:
 Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
 Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:
 Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

140, 100, 100

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

Sat 92% em ar ambiente

B: Respiratório

100

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

100

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular: Escor: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Escor: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Escor: Hora:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

86 15

20.01.2015

Rua da Aurora, 14175-51.001 PE
Bela Vista - CEP: 55060-010
01/01/2015

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
VARGAS

Usuário da Informação
DENISELO

Prontuário: 1116738

CNS: 708607411122912

G.E. ALTA



Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
Data: 25/12/1968
Cidade: GLÓRIA DO GOIÁ
Profissão:
Endereço:
Bairro: CENTRO
CEP: 55620000
Fone: 02686898

Nº ABH:
Prontuário: 1116738
Cor: PARDAS
Religião:
CNS: 708607411122912
Nº: 0
Estado: PE

Nome da Mãe: REGINA MARIA DA PAZ
Nome do Conjuge:
Nome:
Parentesco:
RG:
Fone: 02686898

2 - INTERNAR PARA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação:

Prestador: 1
Leito: SR 25

Procedimento Solicitado: Tratamento Cirúrgico
(Constante do Laudo Médico): Fratura de Manguito Lateral (E)

Procedimento Realizado:
CID:
CÓD.:
CÓD.:

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião	<u>Adson</u>	
2.	1º Auxílio Cirúrgico	<u>Alson</u>	
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesiista		
7.	Clinico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE OXIGÊNIO
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL
☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408010578 CID: 582.6 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:
Alta

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Amoroso
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:
MOTIVO DA ALTA:
DATA DA INTERNAÇÃO: 24/04/19 DATA DA ALTA: 24/04/19 DIAS DE INTERNAÇÃO:
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.

05.802.494/0001-41
THACAR CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20/04/19
Via de Acesso: 08 175 91 902 81 C
Rec Vici: (19) 50.000-010
REC-PT

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE

HOSPITAL

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS

Nome do paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Registro:

1115738

Registro: 1115738

Data da operação: 17/04/2019

TOM DE NASCIMENTO:

SEXO: MAZ

FILHO DA MÃE

VIAÇÃO:

MPT: ELUCO: APT: SABRO:

MUNICÍPIO:

UR

EST

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA E DEFORMIDADE ARTICULAR EM PERNA

ESQUERDA

EXAME FISICO: POR TRAUMATISMO CONVULSIVO, ORIENTADO, EUPNEICO

ANAMNESE + EXAME FISICO + EXAME COMPLEMENTAR

PRINCIPAIS QUEIXAS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

EXAMENOS PARA AIH

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

PROTÓTIPO DE SOLUÇÕES

LOCAL:

CARACTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

DATA:

05.802.494/0001-41

TELAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, 101 - 15, 51.902-90, C

Bela Vista - CEP 50.060-010

RECIBO 1/19

Data: 17/04/19

Dr. ADILSON CRUZ
MÉDICO
CREMEPE 27960

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

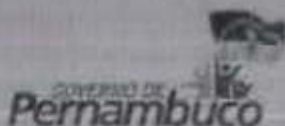
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:



HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Registro: 1116738

Data da operação: 17/04/2019

Operador: DR. JADER

1º auxiliar: DR. CESAR MR4 ABÍLIO CRUZ MRI

Anestesista: PLANTONISTA

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Tipo De Operação:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Placa LCP com 12 furos em ponte sobre maléolo lateral + fixação com 4 parafusos corticais e 3 parafusos bloqueados
- 5) observado redução e fixação sobre fluoroscopia
- 6) Sutura de subcutâneo muscular com vicryl 2-0
- 7) Sutura de pele com nylon 2-0
- 8) Curativo estéril
- 9) Boa perfusão distal após o procedimento

Dr. Abílio Cruz
MÉDICO
CREMEPE 27980

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE FIOS E LIGAM.

20/04/2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-011
São Vito - CEP 50.000-010

SECRETARIA

Paciente: 1115738 - VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Idade: 69 Anos 4 Meses 19 Dias

Data de Nascimento: 06/12/1949

Prestador Assistente: HOSPITAL GETULIO VARGAS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 5555

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 705572

Leito: CLORT 105-07

Admissão: 04/04/2019 17:57

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 597988 (FECHADO)

Responsável: ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM
27950 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

07/04/2019

Data/Hora do Documento:

07/04/2019 08:49

PE E TORNOZELO

#SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA #

LEITO: 105.07

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Prot: 1115738

Adm: 04/04/2019

ID: 69 ANOS

HDA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA EM
PERNA ESQUERDA E DEFORMIDADE ARTICULAR

HD: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

PACIENTE SEM QUEIXAS

AO EXAME: BEG: EM ALERTA, CORADO, HIDRATADO, ANICTERICO, AFEBRIL. FO SEM SINAIS FLOGISTICOS

04/04/19: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TNZ E+LMC+SUTURA

CD: SOLICITO PARECER CARDIOLOGICO

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

SOLICITO NOVA RADIOGRAFIA

05.802.494/0001-41
TRACACORRETORA
DE SEGUROS CDA

20 JUN 7 19

Rua da Aurora, 114-125, SL 302 BL C
Nova Vita - CEP 50.060-010
RECIFE-PEABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ
CRM 27950



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Providências Ats ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações

Assist. Social

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: CRM/CRO Data Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

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

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

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

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Cadastramento: 04/04/2019 15:43 h RAULITACBS Impressão: 04/04/2019 15:43 h RAULITACBS

05.802.494/0001-42

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGURANÇA LTDA

Médico

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 B, C

Boa Vista - CEP 51.060-010

REC-001



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL

GETÚLIO VARGAS

Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS REG: 1115738

DATA: 04/04/2019

QUIRURGIÃO: DR. TALES OLIM

1º auxiliar: DR. ARISSON MR3

2º auxiliar: DR. ABÍLIO CRUZ MRI

ANESTESISTA: DRA. ADELAIDE

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação:

LMC + REDUÇÃO CRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO
A TUBO TRANSARTICULAR + SUTURA

Descrição operatória:

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4) LIMPEZA COPIOSA COM SF 0.9%
- 5) REDUÇÃO CRUENTA
- 6) APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO TRANSARTICULAR
- 7) SUTURA DE PELE COM NYLON
- 8) CURATIVO ESTÉRIL
- 9) OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO

OBS:

FLUOSCOPIA NÃO DISPONÍVEL NA EMERGÊNCIA
AO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO

Dr. Assis C. M.
MÉDICO
CREMEPE 2726

D5.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS UDA

20/04/19

Av. da Aurora, 1075, SL 802 Bl. C
Jardim Vita - CEP 50.030-010
RECIFE-PE



VALDOMIRO MARCEL DOS SANTOS		09/11/1978	994029411172
705872	MASCULINO	088 4m 18u	CLINICA ORTOPEDIA, CLONIT 105-07

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HEMIA - PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO-CONTUSA EM PERNA ESQUERDA E
DEFORMIDADE ARTICULAR
H/O: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tratamento:

24/04/19: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TNP E LMC+SUTURA
25/04/2019: REALIZADO OSTEOSINTHESE DEFINITIVA DE MALEOLA LATERAL ESQUERDO

OBS:

APÓS VISITA DO GRUPO DE RE-E TORNOZELO DECIDE-SE POR ALTA HOSPITALAR
RETORNO COM 15 DIAS AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA
USO DE MULETAS
CEFALEXIMA POR 7 DIAS

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE SEM QUEIXAS
AO EXAME: BEM, EM ALERTA, LUBRADO, HIDRATADO, ANICTÉRICO, APESRUL - FO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

DATA DA INTERNAÇÃO

24/04/2019

DATA DA ALTA

24/04/2019

Recife, 24 DE ABRIL DE 2019

ARILDO AUGUSTO FIMMENTEL CRUZ - CRM: Nº 27892

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, 1935, SL 907 BL. E
Boa Vista - CEP: 51.062-710
RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, 5/N - Cordão - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0001-51
Fone - (81) 3184-5600

BCA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Valdomiro Manoel dos Santos 02 (DUAS) VIAS
NOME DA MÃE: CARLOS RUS

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____ Nº DO REGISTRO: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

MOTIVO DA ADMISSÃO/INDICADO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fratura/luxação exposta de tornozelo esquerdo

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS/MARCAS NOTÁVEIS:

DATA DA INTERNAÇÃO: 04.04.19 DATA DA ALTA: 17.04.19 DIAS DE INTERNAÇÃO: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

0409050497

OS:

593.0

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

USO	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL
1	ORIENTAÇÃO	<u>Dr. Fabiano Olim</u>
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Fabiano</u>
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	
4	ANESTESISTA	
5	SCNDO	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ OXIGÊNIO DE ACOMPANHANTE

☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

☐ USO DE OXIGÊNIO E PROTETOR

☐ OXIGÊNIO DE 100%

☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

☐ HEMODIÁLISE

☐ MUTAÇÃO DE PROCEDIMENTO

☐ USO DE OXIGÊNIO

☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ADICIONAR CLÍNICA, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

CONTINGÊNCIA HIGIÊNICA

0 Mesmo

CONTINGÊNCIA CLÍNICA NA ALTA

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO: _____

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Paciente com todas as regras de cuidados prescritas no plano médico de alta e este em anexo.

DATA:

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA E CARIMBO

Assinatura Médica: Dr. Fabiano Olim
Paciente: 0409050497
Fone: 081-31344000

04/04/2019

Porm/ 05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, 117, 375, SL 902 BL C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado do Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS REG: 1115738

Data da operação: 04/04/2018

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA EM PERNA ESQUERDA E DEFORMIDADE ARTICULAR

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação:

ENV - REDUÇÃO CRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO
TRANSARTICULAR + SUTURA

Assinatura do Cirurgião Responsável

CARACTER DA INTERNAÇÃO

EMERGENCIA

Data: 04/04/2018

Dr. Abílio Cruz
MÉDICO
CREMEPE 279505.802.494/0001-42
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE

Rua da Aurora, 177 - 1º andar - J. C
40090-000 - LULA - 0800-000000
0800-000000



Secretaria Municipal de Saúde Receituário

Unidade de Saúde: Hospital Getúlio Vargas
Nome: ORTOPEDIA Registro nº: _____
Clínica: ST: 5655388 Enfermaria: _____

Encaminhado o Sr. Valdomiro Manoel dos Santos, 69 anos, com história de queda de bicicleta com trauma no tornozelo E e exposição de tendões e deformidade importante. PA = 120 x 80.
HD: Fratura Exposta de tornozelo esquerdo

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 B2, C
Rua Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

Data: 04 / 04 / 19

Bartira Br
Mônica Br
GEM

MÉDICO

WILDOMIRO MANOEL DOS SANTOS ALF
11/07/20
05-Dec-1940 M. 100V
02-Apr-2019
11:04 14.04
00.100.4
Temp. 100V

HGV V
SOMATOM Scope 1
CT VC40 10



5.802.494/0001
TRAÇÃO CORRETO
DE SEGUROS LTD

20 JUN 2019

12 da Aurora, Nº 175, SL 90
Boa Vista - CEP 50.060-
RECIFE-PE

WILDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
11/07/20
05-Dec-1940 M. 100V

HGV V
SOMATOM Scope 1
CT VC40 10

DOMIRO MANOEL DOS SANT... ALF
738
Rec-1949, M. 69Y
r-2019
14 04
MA 4
A VRT

HGV VA
SOMATOM Scope 11
CT VC40 "0

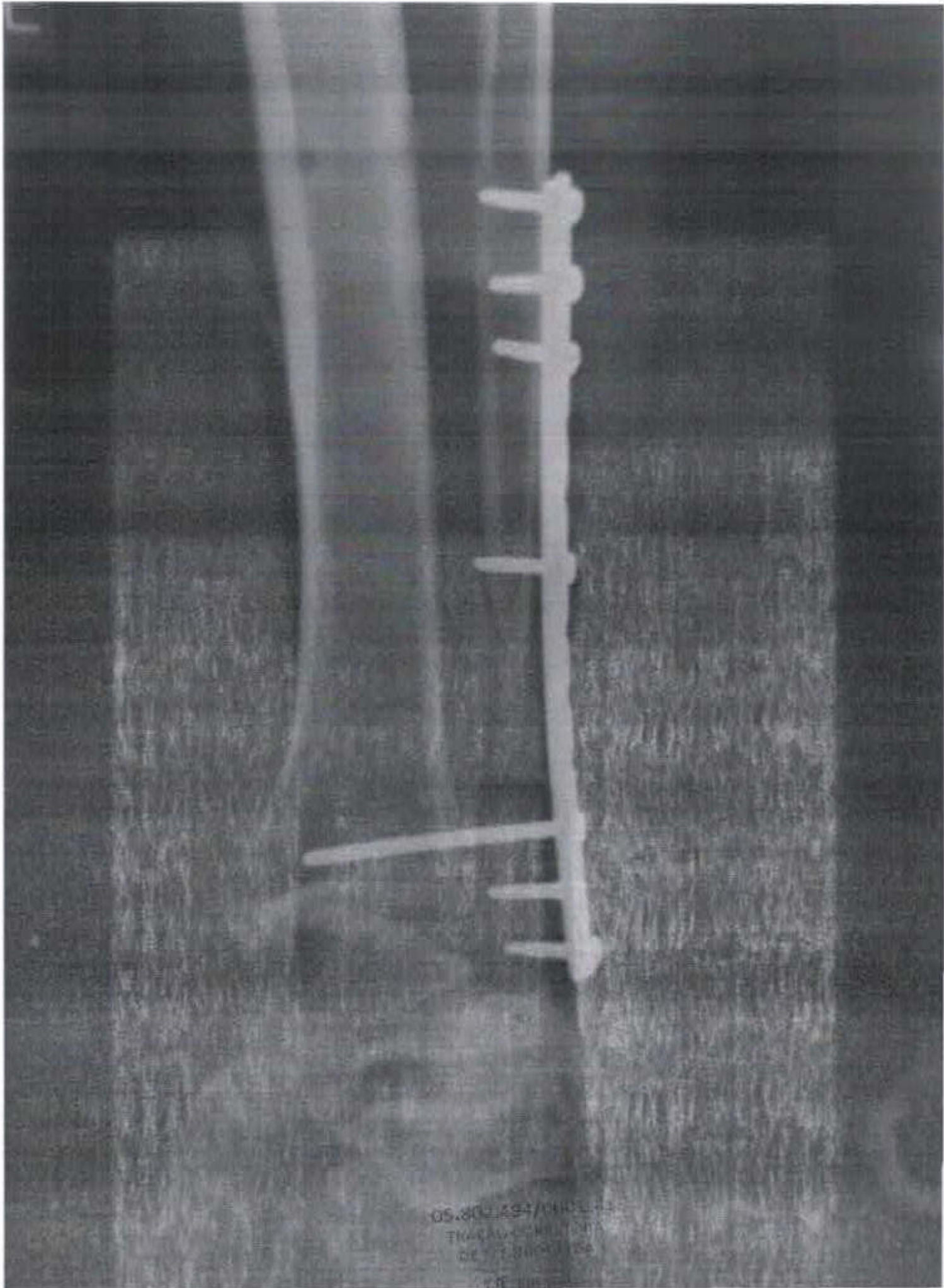
10
15
60
M



05-902.494/0001-41
CORRETORA
SEGUROS LTDA
20 JUN 2019
CURA, Nº 175, SL 902 BL. C
Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

MIRO MANOEL DOS SANT... HLA

HGV
SOMATOM Scope



05.802.494/CH02.11
TIA-CAVALO CH02.11
DE 11.000.000
7.11.000.000

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010

Scanned by CamScanner

E

05.802.494/0001-41
TRANSLADORA
DE CARGAS LTDA
2019
RUA DA LARANJEIRA, 175, SL 902 BL
JARDIM - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

FC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO

Ualdemir dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

15.802.414/0001-43
TRACAO SECRETARIA
DE SE... S LIDA

779
75.51.902 BL. C
40.068-010
11.91

REGISTRO
GERAL

809.903

DATA DE
EXPEDIÇÃO 21/09/2013

NOME

<< VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO

<< >>

<< REGINA MARIA DA PAZ >>

NATURALIDADE

GLÓRIA DO GOITÁ - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/12/1949

DOC. ORIGEM

<< 0744680155 1958 1 00028 078

0011100 33 GLÓRIA DO GOITÁ - PE >>

CPF

247.506.974-00

Bel. Jandir de S. Carneiro Leão
Delegado Gerente do IITB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-57 27.151 - 4423

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190390028 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/5/8_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190390028 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/5/8_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390028

Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390028

Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190390028

Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

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



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390028

Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003536

Conta: 0000020547-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

3190/390028



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 247.506.974-00 Nome completo da vítima: Valdomino Manoel dos Santos

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

Nome completo: Valdomino Manoel dos Santos CPF: 247.506.974-00
 Profissão: RUA Endereço: Fátima Campo Aliboné Número: 116 Complemento:
 Bairro: Zona Rural Cidade: Glória do Góia Estado: GO CEP: 55620-000
 E-mail: RUA Tel./DDD: (81) 99304-6299

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

RECEITA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 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 (Dinheiro para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (541)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Pag Seguro Internet S/A (290)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (assinale 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 assinado, 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 costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Última teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Última 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.

Inscrição
 digital da
 vítima ou
 beneficiário
 não obrigatória

Local e Data: Glória do Góia (GO), 23/07/19.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Valdomino Manoel dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 fé pública 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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Tipo: Conta de pagamento

Agência: 0001 : Conta: 03106332-4

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Tipo: Conta de pagamento

Agência: 0001 : Conta: 03106332-4

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Taxa de emissão do seguro: ☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nome completo: VALDOMINO MANOEL DOS SANTOS
 CPF do segurado: 247.506.974-00
 Nome completo do titular: VALDOMINO MANOEL DOS SANTOS
 CPF do titular: 247.506.974-00
 Profissão: AGUA
 Endereço: FAZENDA CAMPO ALVAREZ
 Bairro: FONA RURAL
 Cidade: GLÓRIA DO BOIA
 Estado: PE
 CEP: 55620-000
 E-mail: AGUA
 Telefone: (81) 99604-7965

DADOS CADASTRAIS

DECLARO, para todos os fins de direito, ter sido a pessoa informada, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIAS).

RENDIMENTO: ☒ RENDIMENTO ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$4.000,00 ☐ R\$4.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$6.000,00 ☐ R\$6.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$8.000,00 ☐ R\$8.001,00 ATÉ R\$9.000,00 ☐ R\$9.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$11.000,00 ☐ R\$11.001,00 ATÉ R\$12.000,00 ☐ R\$12.001,00 ATÉ R\$13.000,00 ☐ R\$13.001,00 ATÉ R\$14.000,00 ☐ R\$14.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$16.000,00 ☐ R\$16.001,00 ATÉ R\$17.000,00 ☐ R\$17.001,00 ATÉ R\$18.000,00 ☐ R\$18.001,00 ATÉ R\$19.000,00 ☐ R\$19.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ R\$20.001,00 ATÉ R\$21.000,00 ☐ R\$21.001,00 ATÉ R\$22.000,00 ☐ R\$22.001,00 ATÉ R\$23.000,00 ☐ R\$23.001,00 ATÉ R\$24.000,00 ☐ R\$24.001,00 ATÉ R\$25.000,00 ☐ R\$25.001,00 ATÉ R\$26.000,00 ☐ R\$26.001,00 ATÉ R\$27.000,00 ☐ R\$27.001,00 ATÉ R\$28.000,00 ☐ R\$28.001,00 ATÉ R\$29.000,00 ☐ R\$29.001,00 ATÉ R\$30.000,00 ☐ R\$30.001,00 ATÉ R\$31.000,00 ☐ R\$31.001,00 ATÉ R\$32.000,00 ☐ R\$32.001,00 ATÉ R\$33.000,00 ☐ R\$33.001,00 ATÉ R\$34.000,00 ☐ R\$34.001,00 ATÉ R\$35.000,00 ☐ R\$35.001,00 ATÉ R\$36.000,00 ☐ R\$36.001,00 ATÉ R\$37.000,00 ☐ R\$37.001,00 ATÉ R\$38.000,00 ☐ R\$38.001,00 ATÉ R\$39.000,00 ☐ R\$39.001,00 ATÉ R\$40.000,00 ☐ R\$40.001,00 ATÉ R\$41.000,00 ☐ R\$41.001,00 ATÉ R\$42.000,00 ☐ R\$42.001,00 ATÉ R\$43.000,00 ☐ R\$43.001,00 ATÉ R\$44.000,00 ☐ R\$44.001,00 ATÉ R\$45.000,00 ☐ R\$45.001,00 ATÉ R\$46.000,00 ☐ R\$46.001,00 ATÉ R\$47.000,00 ☐ R\$47.001,00 ATÉ R\$48.000,00 ☐ R\$48.001,00 ATÉ R\$49.000,00 ☐ R\$49.001,00 ATÉ R\$50.000,00 ☐ R\$50.001,00 ATÉ R\$51.000,00 ☐ R\$51.001,00 ATÉ R\$52.000,00 ☐ R\$52.001,00 ATÉ R\$53.000,00 ☐ R\$53.001,00 ATÉ R\$54.000,00 ☐ R\$54.001,00 ATÉ R\$55.000,00 ☐ R\$55.001,00 ATÉ R\$56.000,00 ☐ R\$56.001,00 ATÉ R\$57.000,00 ☐ R\$57.001,00 ATÉ R\$58.000,00 ☐ R\$58.001,00 ATÉ R\$59.000,00 ☐ R\$59.001,00 ATÉ R\$60.000,00 ☐ R\$60.001,00 ATÉ R\$61.000,00 ☐ R\$61.001,00 ATÉ R\$62.000,00 ☐ R\$62.001,00 ATÉ R\$63.000,00 ☐ R\$63.001,00 ATÉ R\$64.000,00 ☐ R\$64.001,00 ATÉ R\$65.000,00 ☐ R\$65.001,00 ATÉ R\$66.000,00 ☐ R\$66.001,00 ATÉ R\$67.000,00 ☐ R\$67.001,00 ATÉ R\$68.000,00 ☐ R\$68.001,00 ATÉ R\$69.000,00 ☐ R\$69.001,00 ATÉ R\$70.000,00 ☐ R\$70.001,00 ATÉ R\$71.000,00 ☐ R\$71.001,00 ATÉ R\$72.000,00 ☐ R\$72.001,00 ATÉ R\$73.000,00 ☐ R\$73.001,00 ATÉ R\$74.000,00 ☐ R\$74.001,00 ATÉ R\$75.000,00 ☐ R\$75.001,00 ATÉ R\$76.000,00 ☐ R\$76.001,00 ATÉ R\$77.000,00 ☐ R\$77.001,00 ATÉ R\$78.000,00 ☐ R\$78.001,00 ATÉ R\$79.000,00 ☐ R\$79.001,00 ATÉ R\$80.000,00 ☐ R\$80.001,00 ATÉ R\$81.000,00 ☐ R\$81.001,00 ATÉ R\$82.000,00 ☐ R\$82.001,00 ATÉ R\$83.000,00 ☐ R\$83.001,00 ATÉ R\$84.000,00 ☐ R\$84.001,00 ATÉ R\$85.000,00 ☐ R\$85.001,00 ATÉ R\$86.000,00 ☐ R\$86.001,00 ATÉ R\$87.000,00 ☐ R\$87.001,00 ATÉ R\$88.000,00 ☐ R\$88.001,00 ATÉ R\$89.000,00 ☐ R\$89.001,00 ATÉ R\$90.000,00 ☐ R\$90.001,00 ATÉ R\$91.000,00 ☐ R\$91.001,00 ATÉ R\$92.000,00 ☐ R\$92.001,00 ATÉ R\$93.000,00 ☐ R\$93.001,00 ATÉ R\$94.000,00 ☐ R\$94.001,00 ATÉ R\$95.000,00 ☐ R\$95.001,00 ATÉ R\$96.000,00 ☐ R\$96.001,00 ATÉ R\$97.000,00 ☐ R\$97.001,00 ATÉ R\$98.000,00 ☐ R\$98.001,00 ATÉ R\$99.000,00 ☐ R\$99.001,00 ATÉ R\$100.000,00

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

☐ CONTA POUPEIRA (somente para os bancos abaixo - indicar uma opção)
☐ Banco do Brasil (BB) ☐ Caixa Econômica Federal (CEF)
☐ Banco de Brasília (Banco do Brasil) ☐ Caixa Econômica Federal (CEF)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha propriedade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a qual eu tenho direito, encaminhando o boleto, sendo que a mesma após a efetivação do crédito, destinará todo o valor recebido.

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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 acima, solicito o encaminhamento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que eu estou submetido à avaliação médica do Colégio de Seguros e Lider para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.249/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil do titular: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do estado de última: _____

Gravidez da gestante com o titular: ☐ Sim ☐ Não Se a última gestante, informar o nome completo: _____

Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não Se sim, informar quantos: _____ Vítima tem netos? ☐ Sim ☐ Não Se sim, informar quantos: _____

Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não Se sim, informar quantos: _____ Vítima tem pais? ☐ Sim ☐ Não Se sim, informar quantos: _____

Declaro, sob as penas da lei, que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem sua condição, exceto o caso, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: GLÓRIA DO BOIA (PE), 19/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RODO

Assinatura de Valdomino Manoel dos Santos

Assinatura de Valdomino Manoel dos Santos (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-43

TRACÇÃO COHRETORA

Assinatura

20/06/19

(*) A vítima/beneficiário não autorizado deverá fornecer toda a documentação necessária, sob pena de não ser considerado para fins de indenização. A Seguradora Lider não se responsabiliza por danos materiais e morais, comprometendo-se a pagar a indenização do Seguro DPVAT por morte, desde que a vítima/beneficiário não tenha sido vítima de homicídio doloso.

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

Assinatura

Assinatura



Bem-vindo ao
Banco do Brasil

Agência: **233-X**
Conta: **64720-9**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Obrigado, !

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Estamos analisando o seu cadastro

Scanned by CamScanner