



REPÚBLICA DE GUINÉ-BISSAU
 Direcção Nacional de Saúde
 CNP: 000000000000000000

RECETUÁRIO

Declaro que *Belson Joaquim*
Guine, realizou *procedimento* para *o*
tratamento e *reabilitação* *funcional*.
Realizei *exame* *oculista* *com* *lentes*
lentes *e* *lentes*, *incluindo* *lentes*
e *potencia* *exposto* *de* *MSD* *(fórmula D)*.

B. *Guine*, 14/03/18

Dra. *Isabel*
 Fisioterapia
 CREFITO 1421774

Data: 14/03/18

Médico - CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
26 MAR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Laje 5
Gratão - Recife/PE CEP: 52011-040

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5704901 DATA DE EMISSÃO 09.08.1998

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURN

08R59

EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Manoel Joaquim Vieira
Maria José da Silva Vieira

27.08.1978

Carpina-PE
O.N. 7413 L.AOB F.166v Cart.

1º Distrito-Carpina-PE

Edilson Joaquim Vieira

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
029.186.884-36

Nome
EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Nascimento
27/08/1978

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
1EAE.FA1C.4C9D.1CBD

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:22:30 do dia 15/05/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

16104492275 0000 1

EDILSON JOAQUIM VIEIRA

27/08/1978

SECRETARIA ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

15 OUT 2018

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PERNAMBUCO

ECI

10

CPF: 086.005.684-00

RAFAELA MARIA DE S. CAVALCANTI

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.788.638 DATA DE EXPIRAÇÃO 10/02/2014

NOME << RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>

CI/PAI << JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>

CI/MÃE << MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>

LOCALIDADE VICÊNCIA - PE DATA DE NASCIMENTO 24/12/1986

COD ORGEM << 0760340155 2013 2 00015 037 >>

0004944 10 VICÊNCIA PE >>

CPF 086.005.684-00

Assinado de S. Bernardino

Assinado de S. Bernardino

LEI Nº 7.116 DE 26/02/05

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)
25 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife/PE CEP: 52011-900

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014204898471
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 928266443 R.N.T.R.C. ***** 2018

NOME
EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CARPINA-PE 0

CPF / CNPJ
029.186.884-36

PLACA
KJ18978

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KC08107R216806

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP. / POT. / CIL.
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1ª *****
2ª *****
3ª *****
FAIXA IPVA ***** PARCELAMENTO / COTAS *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IGF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

CARPINA

DATA
03/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 014204898471 BILHETE DE SEGURO DPVAT
EDILSON JOAQUIM VIEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARPINA-PE

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 03/03/18

VIA 1 CPF / CNPJ 029.186.884-36 PLACA KJ18978

RENAVAM 928266443 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO FAB. 2007 ANO MOD. 09 CHASSI 9C2KC08107R216806

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) DEDUTOS (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGF (R\$) TOTAL DO PRÊMIO DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.242.032/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SIS NAD E DE PORTES OBRIGATORIO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife/PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180504918 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA **Data do acidente:** 19/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180504918 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA **Data do acidente:** 19/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180504918 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA **Data do acidente:** 19/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO (VALORAÇÃO MANTIDA) - APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 23/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180504918 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA **Data do acidente:** 19/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO (VALORAÇÃO MANTIDA) - APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 23/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA, Portador do documento de identidade nº 5704901, expedido por SSP/PE, inscrito no CPF sob o nº 029.186.884-36, residente no Sítio São Pedro, nº 30, Zona Rural, Buenos Aires-PE.

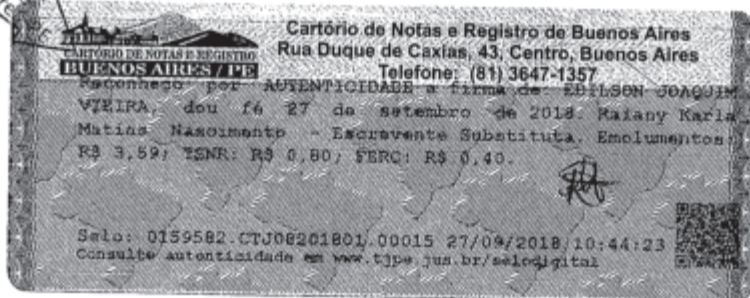
OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires-PE, 14 de Setembro de 2018.

Outorgante:

Edilson Joaquim Vieira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391370/18

Número do Sinistro: 3180504918

Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF: 029.186.884-36

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: EDILSON JOAQUIM
VIEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 21/01/2019
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391370/18

Número do Sinistro: 3180504918

Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF: 029.186.884-36

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 26/03/2019
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391370/18

Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF: 029.186.884-36

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

EDILSON JOAQUIM VIEIRA : 029.186.884-36

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: 25/10/2018
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391370/18

Número do Sinistro: 3180504918

Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

CPF: 029.186.884-36

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: EDILSON JOAQUIM
VIEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDILSON JOAQUIM VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180504918**

Vitima: **EDILSON JOAQUIM VIEIRA**

Data do Acidente: **19/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180504918**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13524730



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EDILSON JOAQUIM VIEIRA
Nº Sinistro: 3180504918
Vitima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA
Data do Acidente: 19/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180504918**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180504918
EDILSON JOAQUIM VIEIRA
Data do Acidente: 19/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILSON JOAQUIM VIEIRA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180504918

Vítima: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Data do Acidente: 19/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON JOAQUIM VIEIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 0000032329-9

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



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Nº Sinistro: 3180504918
EDILSON JOAQUIM VIEIRA

Data do Acidente: 19/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180504918**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14137847



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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

029.186.884-36

Edilson Joaquim Dieria

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edilson Joaquim Dieria		CPF titular da conta 029.186.884-36	Profissão Pai
Endereço R. São Pedro		Número 30	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Buenos Aires	Estado PE	CEP 55845-000
Email		Telefone (DDD) (19) 9543-3413	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0054 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 00032329 D/V 9 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome (Informar nome do banco)		AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	



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

Buenos Aires 10 de Outubro de 2018
Local e Data

Edilson Joaquin Dieria

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Dieria

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA DE
LAGOA DO CARRO
Trabalhando com o Soco

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU
UNIDADE BÁSICA - LAGOA DO CARRO



MÉDICO REGULADOR <i>Rotunno</i>		TARM		OPERADOR DE FROTA <i>Ramona</i>	
DATA <i>19/07/18</i>	HORA	ID	Nº OCORRÊNCIA <i>303808</i>	UNIDADE MÓVEL <i>UBS</i>	BASE DA UNIDADE
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA					
BAIRRO <i>Zona Rural</i>	MUNICÍPIO <i>Lagoa do Carro</i>		Nº		
PONTO DE REFERÊNCIA <i>Entrada de Caramuru</i>					
NOME DA VÍTIMA <i>Edilson Joaquim Silva</i>					
SOLICITANTE <i>Populares</i>				IDADE <i>39</i>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
QUEIXA <i>Cedência moto com moto - Fratura de fêmur exposta</i>				Nº CARTÃO SUS	
COMUNICAÇÃO <i>13:33</i>	SAÍDA DA BASE <i>13:36</i>	CHEGADA NO LOCAL <i>13:58</i>	SAÍDA DO LOCAL <i>14:27</i>	CHEGADA NO DESTINO <i>14:50</i>	SAÍDA NO DESTINO
					CHEGADA NA BASE

☐ ORIENTAÇÃO ☐ TRANSPORTE ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ CANCELADA ANTES DA REGULAÇÃO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ CANCELADA

Transferência (Cenna) *H. M. C.*

TIPOS DE AGRAVOS		
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	FAB	QUEIMADURA
<input type="checkbox"/> PEDESTRE	FAF	TERMICA
<input type="checkbox"/> CONDUTOR DE VEÍCULO	GINECO-OBSTETRICO	QUÍMICA
<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DO VEÍCULO	LESÕES TÉRMICAS	ELÉTRICA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	PEDIÁTRICO	OUTROS
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	PSIQUIÁTRICA	
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/OTERRAMENTO	QUASE AFOGAMENTO	
<input type="checkbox"/> ELSTROCUSSÃO	QUEDA	
	METRO	

ANTECEDENTES		
AIDS	DIABETES	DROGADIAÇÃO
ALCOOLISMO	DOENÇA CARDÍACA	HIPERTENSÃO ARTERIAL
ALERGIA	DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	INTERMUNDO DE SINTOMAS
AVC	DOENÇA MENTAL	OUTROS
QUIRURGIAS REALIZADAS	DOENÇA RENAL	
CONVULSÕES	PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	

EXAME CLÍNICO - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS		
AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE	DIARRÉIA	PALIDEZ
ALERGIA	DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	Genle Seguradora SIA
AUSÊNCIA DE PULSO	DOR LOCAL	Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
CIANOSE	FEBRE	VOMITO
CONVULSÃO	INCONSCIENTE/DEMAIO	OUTROS

INÍCIO DOS SINTOMAS: ☐ MENOS DE 1 HORA ☐ 1 A 3 HORAS ☐ MAIS DE 4 HORAS ☐ MAIS DE 24 HORAS ☐ NÃO SABE

HORA <i>13:55</i>	PA <i>130 x 70</i>	PULSO <i>80</i>	FR	TEMP AXILAR	GLICEMIA	SATURACÃO O2%	ESCALA DE GLASGOW
INÍCIO						<i>96%</i>	<i>15</i>
FIM							

RESPIRAÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> LIVRE	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	NORMAL
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL	<input type="checkbox"/> PARADA RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> RONCOS/SIBILOS	SUPERFICIAL
<input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> ASSISTIDA	<input type="checkbox"/> ESTERTORES	REGULAR
<input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO	<input type="checkbox"/> RITMO IRREGULAR	<input type="checkbox"/> DIMINUIÇÃO MV	IRREGULAR
<input type="checkbox"/> BRONCO ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> AUSÊNCIA MV	
<input type="checkbox"/> EDEMA DE GLOTE			
OBS:			

PRINCIPAIS LESÕES	CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	DORSO	TORAX	ABDÔMEN	PELVE	MS	MI	OBSERVAÇÃO
								E	D	
AMPUTAÇÃO										
CONTUSÃO										
ESCORIAÇÃO										
ESMAGAMENTO										
PERFURANTE										
CONTUSO										
FRATURA FECHADA										
FRATURA ABERTA										
ACELERAÇÃO										
LUXAÇÃO										

*Realizado exame físico -
lesão MID +
AVP em MSE +
SVD + Rax X
mg imediata
Resol*

AGITAÇÃO		SINAL DE GUAXIMIN DIREITO		PARESTESIA
SUNOLÊNCIA		SINAL DE GUAXIMIN ESQUERDO		ARREFLEXIA
COMA		AFASIA		PUPILA REAGENTE
CONTUSÃO		MIOSE DIREITA		PUPILA NÃO REAGENTE
CONVULSÃO		MIOSE ESQUERDA		OUTROS
OTORRAGIA DIREITA		MIDRIASE DIREITA		
OTORRAGIA ESQUERDA		MIDRIASE ESQUERDA		
SINAL BATTLE DIREITO		PARALISIA		
SINAL BATTLE ESQUERDO		PAREIA		
RIGIDEZ DE NUCA		ANESTESIA		

PESCOÇO	SEGMENTO	ABDÔMEN	UROGENITAL
DESVIO TRAQUEIA		DISTENSIÃO ASCITE	UROGENITAL
NORMAL		DOLORES DE FESA	GIORDANO DIREITO
TURGÊNCIA JUGULAR		ESPIENOMEGALIA	GIORDANO ESQUERDO
EMFISEMA SUBCUTÂNEO		ESPIENOMEGALIA	HEMATURIA
OUTROS		IRRITAÇÃO	
		NORMAL	
		OUTROS	

ABORTAMENTO		HEMORRAGIA		NORMAL	SEMANAS
TRABALHO DE PARTO	BOLSA ROTA	SANGRAMENTO		NASCIMENTO	
PARTO ÚNICO	GEMELAR	LÍQUIDO MECONIAL			
Observação					

DIAGNÓSTICO:

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

UNIDADE HOSPITALAR	Hospital Cláudio de Freitas		Dr. Ailton Gesteiro Proteção e Trabalho Social CRM-PE 21919
MUNICÍPIO	Recife		
DESCRIÇÃO	PERTENCES DO PACIENTE	ASSINATURA	
	NOME E FUNÇÃO DO RECEPTOR		

EQUIPE				
MÉDICO REGULADOR	ASSISTENTE	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CONDUTOR	FROTA
	Jackson	Mia	Rogério	

TERMO DE RECUSA: DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO ATENDIMENTO MÉDICO DISPONIBILIZADO PELO SAMU - LAGOA DO CARRO/PE.

ASSINATURA:

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: 29/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000032329-9

Nr. da Autenticação D3B5CC5D0780971D



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 51000-002
CNPJ 08.935.932/0001-09 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARCOS VENICIO LOPES DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI SAO PEDRO 30

CPF: 502.732.724-20

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIR
BUENOS AIRES PE
55845-000

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL
Trifásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7023411720	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PROPOSTA LETURA
18/07/2018	10/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	173,20

Nº DA NOTA FISCAL	CÓDIGO	EMISSÃO
023894382	UNICA	11/07/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/07/2018	2001625861	481304

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	288,0000000	0,52305157	150,26
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 018163873-11/05/18			0,81
Compensação CMIC 05/18			-1,84
TOTAL DA FATURA			173,20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE CONSTATANTE	CONSUMO (KWH)
1500	EXT	13/06/2018	134.588,0	11/07/2018	134.781,00	1,0000	288,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
HISTÓRICO MÊS ANTERIOR				COMPOSIÇÃO DE TRIBUTOS			
MÊS	VALOR	CONSUMO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição de Tributos
JUL18	283			174,20	26,00	45,29	Transmissão
ABR18	285			174,20	0,00	1,80	Distribuição (Celpe)
MAR18	214			174,20	4,30	7,46	Perdas de Energia
ABR18	283						Encargos Setoriais
MAR18	288						Tributos
FEV18	253						Total
JAN18	483						
DEZ17	444						
NOV17	322						
OUT17	320						
SET17	279						
AGO17	254						
JUL17	333						

Passado o prazo estipulado para o pagamento da fatura, o cliente poderá optar por parcelar o valor devido em até 12 parcelas mensais, com juros de 10% ao mês. O cliente também poderá optar por pagar a fatura em uma única parcela, com desconto de 5% no valor total devido. O cliente deve optar pelo método de pagamento desejado antes do vencimento da fatura. O cliente é responsável por manter a fatura em vigor e atualizada, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente também é responsável por manter a fatura em vigor e atualizada, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

ANEXO 1 - TABELA DE PREÇOS			
TIPO DE TENDÃO	VALOR	VALOR	VALOR
COMUM	2,00	7,20	15,40
DIO	8,30	6,80	0,00
PIO	16,80	0,00	0,00
DADO	16,80	0,00	0,00

ANEXO 2 - TABELA DE PREÇOS			
TIPO DE TENDÃO	VALOR	VALOR	VALOR
COMUM	2,00	7,20	15,40
DIO	8,30	6,80	0,00
PIO	16,80	0,00	0,00
DADO	16,80	0,00	0,00

7023411720 07/2018 18/07/2018 173,20

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

838300000001-2 73200011007-0 02341172010-3 12046225233-8



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 1
Recife/PE CEP: 52011-900

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Rafaela Maria de S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684 - 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edilson Paquim Dória inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.186.884/36, do sinistro de DPVAT cobertura Inc. Permanente da Vítima Edilson Paquim Dória, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.186.884/36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua José Amiliano</u>		Número <u>1A</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55845-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81)9-9543-3413</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)9-9216-2319</u>

Buenos Aires 10 de Outubro de 2018
Local e Data

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO MESMO HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 26/07/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 09/08/2018

DATA DE ALTA: 12/08/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 23/08/2018

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. HERMES WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 10 DE AGOSTO DE 2018

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE
OLIVEIRA



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 26/07/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 09/08/2018

DATA DE ALTA: 12/08/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 23/08/2018

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. HERMES WAGNER

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 DEZ 2018

Genta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 10 DE AGOSTO DE 2018

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

edilson joaquim vieira,,
Sex:Masc.
Data de nascimento:27/08/1978
ID:754976

Data de aquis.:23/08/2018
Hora de aquis.:08:43:49
Índice de exp.:1815



FÊMUR
AP
W: 4056, L: 1589
ID de técnico:radiologia

edilson joaquim vieira,,
Sex:Masc.
Data de nascimento:27/08/1978
ID:754976

Data de aquis.:23/08/2018
Hora de aquis.:08:45:29
Índice de exp.:1674



FÊMUR
LATERAL
W: 4218, L: 1799
ID de técnico:radiologia

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: EDILSON JOAQUIM VIEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 26/07/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 09/08/2018

DATA DE ALTA: 12/08/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 23/08/2018

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. HERMES WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 10 DE AGOSTO DE 2018

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Leonardo Costa Gonçalves
Médico
CRM 23550

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Edilson Joaquim VilinaREGISTRO: 754976 DATA DE NASCIMENTO: 27/08/1978RG: 5704901 ORGÃO EMISSOR: SSP/PEENDEREÇO: Sítio Camafista Buenos AiresNOME DA MÃE: maria José da Silva VilinaDATA ADMISSÃO: 26/07/2018 DATA ALTA: 09/08/2018DATA DO PROCEDIMENTO: 31/07/2018 CID: S72.3DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur
DireitoTRATAMENTO REALIZADO: Instalação de Tração
Esquelética do membro Inferior Direito
+ Retirada de Fixador ExternoMÉDICO: Hermes WagnerCREMEPE: 8963JABOATÃO DOS GURARAPES, 17 DE Jan DE 2019.

DR. OSVALDO COMBA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cl. Omopl. e Cotovelo
CRM-PE: 16.836 / RBO: 13351



Sex: Masc.
Data de nascimento: 27/08/1978
ID: 754976..

Data de aquis.: 17/01/2019
Hora de aquis.: 08:08:50
Indice de exp.: 2528

EDILSON JOAQUIM VIEIRA
Sex: Masc.
Data de nascimento: 27/08/1978
ID: 754976..

Data de aquis.: 17/01/2019
Hora de aquis.: 08:05:05
Indice de exp.: 2481

Dir.



19cm

FÊMUR
LATERAL

W: 3339, L: 2558

ID de técnico: radiologia

7cm

Escala: 0.0
HMJ

FÊMUR
AP

W: 3984, L: 1835

ID de técnico: radiologia

6cm

Escala: 0.0
HMJ

18cm

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Edilson Joaquim VilinaREGISTRO: 75 49 76 DATA DE NASCIMENTO: 27 / 08 / 1978RG: 57 04 901 ORGÃO EMISSOR: SSP/PEENDEREÇO: Sítio Campista Buenos AiresNOME DA MÃE: Maria José da Silva VilinaDATA ADMISSÃO: 26 / 07 / 2018 DATA ALTA: 09 / 08 / 2018DATA DO PROCEDIMENTO: 31 / 07 / 2018 CID: S 72.3DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur
DireitoTRATAMENTO REALIZADO: Instalação de Tração
Esquelética do membro Inferior Direito
+ Retirada de Fixador ExternoMÉDICO: Hermes WagnerCREMEPE: 8963JABOATÃO DOS GURARAPES, 17 DE Jan DE 2019.

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.856 / RCT: 13351

