

Eu Osmael Peixoto Rodrigues, venho
pedir a Seguradora Lider DPVAT, uma
nova oportunidade de ter direito a
meu Seguro DPVAT, pelo um novo
cadastro para que assim possa ser
analisada a minha situação, pois
com fratura de clavícula não posso
mais trabalhar.

Agradeço a compreensão

CPF 306.655.394-79



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Osmael Peixoto RodriguesDATA DO ACIDENTE 28/09/2018 CPF DA VÍTIMA 306.655.394-79
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SERGIO FRANCISCO A. SAMPAIOQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTE(S) COM AVÍTIMA(E)ENDERECO DO PORTADOR RUA EUCLIDES BEZERRA LINSNº 100 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE ÓURICURI UF PE CEP 562000-000
E-MAIL sergiofasamapio@hotmail.com TELEFONE (87) 9980-5451
99998-3988

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NÃO POSSUI LAUDO DE APRESENTANTE. O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA, E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINIDA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE ÓUVIA, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO APS STATE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- FOLHAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ADQUIRIDAS DENTRO DO PRAZO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DPVAT) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.770,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 4204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 5/11/18IDENTIDADE 4.407.038 SSP/PE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA, ACIMA SEGUINTE

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGURO
23 NOV 2018
Abrezedo

Eu Osmael Peixoto Rodrigues, venho informar a Seguradora Lider DPVAT que não é possível eu resolver essa pendência documental do meu processo 3180/611312 uma vez que o Raio "X" que foi feito pelo hospital não ficou conosco, é normal de lá os "Raio X" ficam no arquivo de lá e também não sentem laudos o médico olha e já dá o diagnóstico só no boletim de atendimento. Já enviei os documentos médicos que tenho.

Peço que não me prejudiquem por isso fraturai a clavícula e feris requeirais que só o médico fazendo perícia poderá comprovar.

Telefone do hospital Regional de Ouricuri para quaisquer esclarecimentos é 3874-41844

Agradeço a compreensão.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA OMBRO(CLAVÍCULA) DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA CALO PALPÁVEL E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE **físico:** ABDUÇÃO E EXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO FEITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/04/2019

Conduta mantida:

Observações: COM RX

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 dos ombros	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: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA OMBRO(CLAVÍCULA) DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA CALO PALPÁVEL E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE **físico:** ABDUÇÃO E EXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO FEITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/04/2019

Conduta mantida:

Observações: COM RX

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 dos ombros	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: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELEcer A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINtES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARS, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Osmael Peixoto Rodrigues
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 2817164380-6 CPF: 306.655.394-79
Endereço: Rua Nova 20A

OUTORGADO:

Nome: SÉRGIO FRANCISCO ANDRADE DE SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil CASADO
Profissão: DIRETOR GERAL
Identidade: 4047038 CPF: 007.662.344-01
Endereço: RUA EUCLIDES BEZERRA LINS N°. 100

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Granito 03/10/2018

X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIÃO DE GRANITO-PE
Tabelião: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA
Telefone: (87) 3880-1273

Reconheço a Firma por Autenticidade de OSMAEL PEIXOTO
RODRIGUES, Dou Fé. Granito-PE -
EDVALDO RICARDO
CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELITOMAR CARDOSO
BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Salto: 0077529.PDY09201801.00990 09/10/2018 09:13:49
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/saledigital

Edvaldo Ricardo C. Bezerra
TABELIÃO

ARUANA SEGURADORA
23 NOV 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Osmael Peixoto Rodrigues
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 2817164380-6 CPF: 306.655.394-79
Endereço: Rua Nova 20A

OUTORGADO:

Nome: SÉRGIO FRANCISCO ANDRADE DE SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil CASADO
Profissão: DIRETOR GERAL
Identidade: 4047038 CPF: 007.662.344-01
Endereço: RUA EUCLIDES BEZERRA LINS N°. 100

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Granito 03/10/2018

X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIÃO DE GRANITO-PE
Tabelião: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA
Telefone: (87) 3880-1273

Reconheço a Firma por Autenticidade de OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES, Dou Fé. Granito-PE - EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELITONMAR CARDOSO BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Salto: 0077529.PDY09201801.00990 09/10/2018 09:13:49
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/saledigital

Edvaldo R. Bezerra
TABELIONATO

ARUANA SEGURADORA
23 NOV 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463431/18

Número do Sinistro: 3180611112

Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

CPF: 106.655.394-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/04/2019

Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

Data do cadastramento: 09/04/2019

Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463431/18

Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

CPF: 106.655.394-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES : 106.655.394-79

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: 26/12/2018
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425641/18

Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

CPF: 106.655.394-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES : 106.655.394-79

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: 23/11/2018
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

ABENILDA MARIA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463431/18

Número do Sinistro: 3180611112

Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

CPF: 106.655.394-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

Documentos de identificação

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 18/01/2019

Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

Data do cadastramento: 18/01/2019

Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

ABENILDA MARIA BARBOSA

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180553512

Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Data do Acidente: 28/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180553512**.

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



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Nº do Pedido do Seguro DPVAT: **3180553512**
Vítima: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Data do Acidente: **28/09/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

106 655 394-79 Osmael Peixoto Rodrigues

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

Nome completo:

Osmael Peixoto Rodrigues

CPF:
306.655.394-79
Nº de
20A Complemento:

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Nova

Bairro:

Centro

Cidade:

Granito

E-mail:

Estado:

PE

R\$ 56.160,00

INDDA:
18199998-3998

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2130

CONTA: 056.496

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que 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.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/savós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)

Local e Data: Olícos 03/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

OSMUEL PEIXOTO RODRIGUES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

ARUANA SEGURADORA
23 NOV 2018

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

106 655 394-79 Osmael Peixoto Rodrigues

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

Nome completo:

Osmael Peixoto Rodrigues

CPF:
306.655.394-79
Nº de
20A Complemento:

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Nova

Bairro:

Centro

Cidade:

Granito

Estado:

PE

R\$ 56.160,00
INDDA
18199998-3998

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 | |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 2130

CONTA: 056.496

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 **(assinalar 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/savós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário declarante

Local e Data: Olivença 03/11/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

JUANA SEGURADORA
23 NOV 2018

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180611112
Nome do(a) Examinado(a): Osmael Peixoto Rodrigues
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nova, 20 A
Centrogranito Trindade PE CEP: 56160-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2017164380-6
Data local do acidente: [28/09/2018]
Data local do exame: [25/04/2019] Juazeiro do Norte [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA OMBRO(CLAVÍCULA) DIREITO.

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

Tratamento: FRATURA TRATADA CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: 19/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CALO PALPÁVEL E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

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

PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

com rx

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Jorge Coelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 53311



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ºCIRC
DINTER2/24ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0299000245

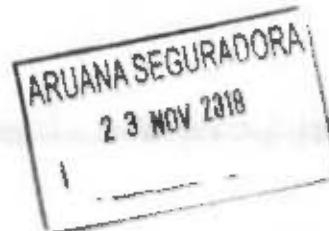
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **16:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, PE GIVALDO SAMPAIO** - Bairro: **JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR | AGENTE)
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (OUTRO)
OSMAR PEREIRA RODRIGUES (TESTEMUNHA)
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES** Pai: **OSMAR PEREIRA RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/5/1983** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **20171643806/SSP/CE (RG), 10665539479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991310711**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, RUA IRAN GRANGEIRO XAVIER - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

OSMAR PEREIRA RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, AV JOSE SARAIVA XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SAÍDA DE MOREILANDIA**

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07201734423 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, RUA VEREADOR LUIZ ALEXANDRE DE SOUZA - CEP: 0 -**

Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA POPULAR DE GRANITO PE

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

QUEDA DE MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CQ 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NGY2602** (GOIAS/SANTA HELENA DE GOIAS) Renavam: **912717149** Chassi: **9C2KC08607R011837**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE É EM NOME DO SR. PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**

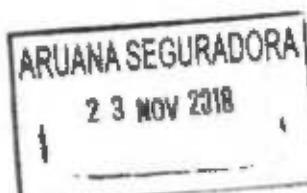
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL HOJE, DIA 09 DE OUTUBRO DE 2018, COMUNICANDO E DECLARANDO SOB A FORMA E PENAS DA LEI, QUE NO DIA 28/09/2018, NA PARTE DA MANHÃ, QUANDO VINHA PILOTANDO UMA MOTO NA PE GIVALDO SAMPAIO, NO SENTIDO TIMORANTE MUNICÍPIO DE EXU DESTINO A CIDADE DE GRANITO, QUE, ANTES DE CHEGAR NA CURVA FECHADA PRÓXIMO AO DISTRITO DE RANCHARIA, PERDEU O CONTROLE DA DEVIDA MOTO E CAIU SOBRE A PISTA, SENDO JOGADO PARA O ACOSTAMENTO, QUE, NÃO LEMBRA MAIS DE NADA, APENAS SABE QUE FOI SOCORRIDO POR CHICO DE ONOFRE PARA O HOSPITAL DE GRANITO, QUE RESIDE EM RANCHARIA, MUNICÍPIO DE GRANITO-PE, QUE, FOI ATENDIDO PELO DR. ULISSES, QUE, EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. TICIANO DANTAS SAMPAIO MÉDICO DE PLANTÃO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE , QUE, CONFORME O LAUDO MÉDICO A VÍTIMA SOFREU: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO, RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

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

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
(VITIMA)**

X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ºCIRC
DINTER2/24ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0299000245

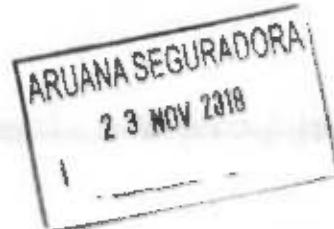
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **16:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, PE GIVALDO SAMPAIO** - Bairro: **JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR | AGENTE)
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (OUTRO)
OSMAR PEREIRA RODRIGUES (TESTEMUNHA)
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES** Pai: **OSMAR PEREIRA RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/5/1983** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **20171643806/SSP/CE (RG), 10665539479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991310711**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, RUA IRAN GRANGEIRO XAVIER - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

OSMAR PEREIRA RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, AV JOSE SARAIVA XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SAÍDA DE MOREILANDIA**

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07201734423 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, RUA VEREADOR LUIZ ALEXANDRE DE SOUZA - CEP: 0 -**

Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA POPULAR DE GRANITO PE

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

QUEDA DE MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CQ 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NGY2602** (GOIAS/SANTA HELENA DE GOIAS) Renavam: **912717149** Chassi: **9C2KC08607R011837**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE É EM NOME DO SR. PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**

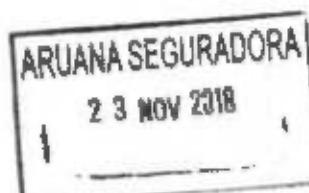
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL HOJE, DIA 09 DE OUTUBRO DE 2018, COMUNICANDO E DECLARANDO SOB A FORMA E PENAS DA LEI, QUE NO DIA 28/09/2018, NA PARTE DA MANHÃ, QUANDO VINHA PILOTANDO UMA MOTO NA PE GIVALDO SAMPAIO, NO SENTIDO TIMORANTE MUNICÍPIO DE EXU DESTINO A CIDADE DE GRANITO, QUE, ANTES DE CHEGAR NA CURVA FECHADA PRÓXIMO AO DISTRITO DE RANCHARIA, PERDEU O CONTROLE DA DEVIDA MOTO E CAIU SOBRE A PISTA, SENDO JOGADO PARA O ACOSTAMENTO, QUE, NÃO LEMBRA MAIS DE NADA, APENAS SABE QUE FOI SOCORRIDO POR CHICO DE ONOFRE PARA O HOSPITAL DE GRANITO, QUE RESIDE EM RANCHARIA, MUNICÍPIO DE GRANITO-PE, QUE, FOI ATENDIDO PELO DR. ULISSES, QUE, EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. TICIANO DANTAS SAMPAIO MÉDICO DE PLANTÃO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE , QUE, CONFORME O LAUDO MÉDICO A VÍTIMA SOFREU: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO, RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

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

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
(VITIMA)**

X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209^º CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209^ºCIRC
DINTER2/24^ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0299000245

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **16:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, PE GIVALDO SAMPAIO** - Bairro: **JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (OUTRO)
OSMAR PEREIRA RODRIGUES (TESTEMUNHA)
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES** Pai: **OSMAR PEREIRA RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/5/1983** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **20171843806/BSP/CE (RG), 10685639479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991310711**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA IRAN GRANGEIRO XAVIER - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

OSMAR PEREIRA RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, AV JOSE SARAIVA XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SAÍDA DE MOREILANDIA**

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07201734423 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA VEREADOR LUIZ ALEXANDRE DE SOUZA - CEP: 0 -**

Lugar: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA POPULAR DE GRANITO PE

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

QUEDA DE MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NGY2602** (GOIAS/SANTA HELENA DE GOIAS) Renavam: **912717149** Chassi: **9C2KC08607R011837**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV**
Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE É EM NOME DO SR. PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL HOJE, DIA 09 DE OUTUBRO DE 2018, COMUNICANDO E DECLARANDO SOB A FORMA E PENAS DA LEI, QUE NO DIA 28/09/2018, NA PARTE DA MANHÃ, QUANDO VINHA PILOTANDO UMA MOTO NA PE GIVALDO SAMPAIO, NO SENTIDO TIMORANTE MUNICÍPIO DE EXU DESTINO A CIDADE DE GRANITO, QUE, ANTES DE CHEGAR NA CURVA FECHADA PRÓXIMO AO DISTRITO DE RANCHARIA, PERDEU O CONTROLE DA DEVIDA MOTO E CAIU SOBRE A PISTA, SENDO JOGADO PARA O ACOSTAMENTO, QUE, NÃO LEMBRA MAIS DE NADA, APENAS SABE QUE FOI SOCORRIDO POR CHICO DE ONOFRE PARA O HOSPITAL DE GRANITO, QUE RESIDE EM RANCHARIA, MUNICÍPIO DE GRANITO-PE, QUE, FOI ATENDIDO PELO DR. ULLIBES COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. TICIANO DANTAS SAMPAIO MÉDICO DE PLANTÃO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE, QUE, CONFORME O LAUDO MÉDICO A VÍTIMA SOFREU: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO, RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

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

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
(VITIMA)**

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
B.O. registrado por: **ABELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**

Abelino Fernandes



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

106 655 394-79 Osmael Peixoto Rodrigues

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

Nome completo:

Osmael Peixoto Rodrigues

CPF:

106.655.394-79

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Nova

Número:

20A

Bairro:

Centro

Cidade:

Granito

Estado:

PE

56.160-000

E-mail:

Tel (DDA):

18499998-3998

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2130

CONTA: 056.496

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 **(assinalar 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/syôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)

Local e Data: Olivença 03/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

106 655 394-79 Osmael Peixoto Rodrigues

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

Nome completo:

Osmael Peixoto Rodrigues

CPF:

106.655.394-79

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Nova

Número:

20A

Bairro:

Centro

Cidade:

Granito

Estado:

PE

CEP:

56.160-000

E-mail:

Tel (DDA):

(84) 99998-3998

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2130

CONTA: 056.496

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 **(assinalar 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/savós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)

Local e Data: Olivença 03/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

23 NOV 2018

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

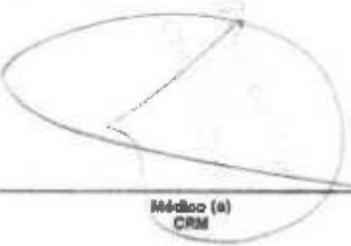
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**HOSPITAL DE PEQUENO PORTO DE GRANITO - H.P.P
MARIA SENHORINHA DE SOUZA
Av. José Saraiva S/N - Granito - PE
Fone: (87) 3880-1107**

Data:	28/03/2018	Hora:	11:30h	PSR:	S	CSUS 704705712455634		
Nome:						Sexo:		Idade:
Endereço:						(M)	(F)	DN
Profissional:						35	08/05/1983	
Responsável:						Cidade:	Graito	Telefone:

EXAME CLÍNICO

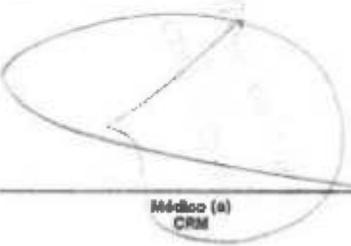
PA:	Tensão:	Peso:	Conduita (continuação)
100x80mmHg			<p>On 36 se tira il no dia</p> <p>Q- Condutora Um dia 67 36 de 100% - B- Difícil de se mover</p>
Exame Físico			<p>ARUANA SEGURADORA 23 NOV 2018</p>
Hipótese Paliatativa:			<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Internam <input type="checkbox"/> Transferências HNEB (CHAMADA) <input type="checkbox"/> Óbitos: _____
Conduita:			 <p>Médico (a) CRM</p>
Assinatura:			



**HOSPITAL DE PEQUENO PORTO DE GRANITO - H.P.P
MARIA SENHORINHA DE SOUZA
Av. José Saraiva S/N - Granito - PE
Fone: (87) 3880-1107**

Data:	28/03/2018	Hora:	11:30h	PSR:	S	CSUS 704705712455634		
Nome:						Sexo:		Idade:
Endereço:						(M)	(F)	DN
Profissional:						35	08/05/1983	
Responsável:						Cidade:	Graito	Telefone:

EXAME CLÍNICO

PA:	Tensão:	Peso:	Conduita (continuação)
100x80mmHg			<p>On 36 se tira il no dia</p> <p>Q- Condutora Um dia 67 36 de 100% - B- Difícil ou não é o que</p>
Exame Físico			<p>ARUANA SEGURADORA 23 NOV 2018</p>
Hipótese Paliatérica:			<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Internam <input type="checkbox"/> Transferências HNEB (CHRONIC) <input type="checkbox"/> Óbitos:
Conduita:			 <p>Médico (a) CRM</p>
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: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 00000055496-5

Nr. da Autenticação B1323B09D97E9686



Tarifa Social de Energia Básica Criada pela Lei 10.438, de 20/06/02
COMPAGNIA ELETROGÊNICA DE PARANÁ - CEP 81020-202
Companhia Energética do Paraná S.A.
Av. João Goulart, 111 - Jardim das Rosas - Pato Bragado - CEP 81020-202
CNPJ 10.835.819/0001-27 | Fone: (43) 3643-32 | www.cepar.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA ALICE ANITA DE SOUZA RODRIGUES

ENCONTRO DA UNIÃO DA CLÍNICA DO CORA
TURNO DA TARDE

• 123-514-8536 • 1540635234

◎◎◎◎◎◎◎◎◎◎

CLASSIFICAÇÃO
G: GENERAL
BAIXA RENDA COM NÍVEL
Médio-alto.

Copyright
Granville
96463-00

1º APRESENTAÇÃO: SERIE: 00000000
02/14/1444.00000000

CONTA DE CUSTÓDIA
4005917420 VERSÃO
08/2018
DATA DE INSCRIÇÃO
08/06/2018 DATA DE PRAZO
13/07/2018
TOTAL A PAGAR R\$
89,92

600

“WESLEY KOMARSKY”

Digitized by srujanika@gmail.com

29.32

[www.mercadolivre.com.br](#) | [www.santander.com.br](#) | [www.natura.com.br](#)

INFORMAÇÕES IMPORTÂNCIAS
Pode ser visto que o projeto é de grande importância para o Brasil. Ele é fundamental para o desenvolvimento da economia e da sociedade brasileira. Ele também é importante para a preservação do meio ambiente e para a sustentabilidade do país.

Vias/RS	Días/RS	Vias	Numeros	Circuito	Vias
10/10/10	10/10/10	6681			
10/10/10	10/10/10				

4. *g., n. 34, 652*
1. *the old man's* *grey hair* *was*
as *dark* *as* *black*, *grey*. *dark* *grey*.
2. *the old man's* *grey hair* *was*
as *dark* *as* *black*, *grey*. *dark* *grey*.
3. *the old man's* *grey hair* *was*
as *dark* *as* *black*, *grey*. *dark* *grey*.

Este cargo de revisión pertenece al tipo de revisión que se aplica a los sistemas de control que no cumplen con las normas establecidas en la legislación. Al finalizar la revisión se emitirá un informe de inspección, con el que el inspector establecerá si el sistema cumple o no con las normas establecidas en la legislación y, en caso de no cumplir, se establecerán las medidas correctivas que deben ser tomadas para corregir las deficiencias detectadas.

DIREKSI DAN PENGAWASAN DAN INTERVENSI DILAKUKAN				
TAHUN	PERIODE	CATATAN	LAMPIRAN	LAMPIRAN
2010	1 Januari - 31 Desember	1.90	1.80	73/15
BDC	1.00	1.02	0.95	13/3
BC	1.05	1.07	0.93	0/0
DWD	1.00	1.00	0.99	0/0
BBG	1.00	1.00	0.99	0/0

TIPOS DE TRABALHO

ARUANA SEGURADORA



CNPJ 09.789.035/0001-84
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA FERNANDO BEZERRA - NUM. - 00696 - CENTR
O OURICURI PE 56200-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 16780510 Jul/2018
JOSE FERREIRA CAVALCANTI		
R EUCLIDES BEZERRA LINS, COMPESA 00100 - - CENTRO OURICURI PE		
56200-000		
INSCRIÇÃO: 099.190.415.0160.000 GRUPO: 11 DEB, AUTOMÁTICO: 016780510		
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
		1
HIDRÔMETRO Y07N228553	DATA LÉIT. ANTERIOR 25/06/2018	DATA LÉIT. ATUAL 06/08/2018
		TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 391 CONSUMO:2
LEIT ATU: RECORRENÇIA TAXA N
LEIT FAT: 401

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2018	02	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS	
			EXIG.	PORT.
05/2018	02	COR APARENTE	54	54
04/2018	02	CLORO RESIDUAL	54	54
03/2018	02	COLIF. TOTAIS	54	54
02/2018	01	E. COLI	54	54
01/2018	02		54	54

MÉDIA: 02 Qualidade de Água: www.compresa.com.br
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2018		0,62

PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR
PER. CORRÉ	41,30	1,65	0,68
	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2018 TOTAL A PAGAR: 42,12

MENSAGEM:





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 20/06/02
COMPANHIA DE GERADORIA ELÉTRICA
 Companhia Energetica do Pernambuco
 Rua João da Barros, 111, 5º Andar, Recife, Pernambuco - CEP 50001-902
 CNPJ 10.835.919/0001-01 | Fone Est. 010/6043-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARCILIA ARUANA DE SOUZA RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA N° 728, 2-A

121 614-81365 16486355234

CENTRO HOSPITALAR

GRANITO VERDE

56463-410

CLASSIFICAÇÃO
 GI - INDUSTRIAL
 BAXA - ENERGIA COMUM
 Manufatura

Nº IDENTIFICAÇÃO SERIE NÚMERO
 00014446 144446

CONTA CONSTANTE
 4005917420 06/2018

DATA DE EMISSÃO 13/06/2018 DATA DE VENCIMENTO 13/07/2018

DATA DE EMISSÃO N.º DO DOCUMENTO N.º DA INSTALAÇÃO
 14/05/2018 002255041 250002

VALOR APENAS: 29,92

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

ITEM	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
	Consumo Ativo de 0WAT	100 Unidades	R\$ 0,180150	R\$ 18,02
	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	10 000 Unidades	R\$ 0,47838554	R\$ 47,84
	Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	68 000 Unidades	R\$ 0,84257621	R\$ 56,35
AUTORIZADO Bandeira AMARELA				R\$ 0,73
Autorização Bandeira VERMELHA				R\$ 0,46
Combustão Fumíngao Puro				R\$ 7,13
ICMS Subvenção CE-NF 912700025-130610				R\$ 0,00
Multa por atraso-NF 012700025-130410				R\$ 1,21
Multa por atraso-NF 012700025-130410				R\$ 0,25
Abatimento bônus-NF 012700025-130410				R\$ 0,00

TOTAL DA FATURA:

29,92

DEMONSTRATIVO DE INDEVOLVIMENTO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÊS/DOIS	TÍPICO DE FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	DATA ATUAL	VALOR CONSTANTE	AJUSTE	VALOR NO FIM
		12/05/2018	14/06/2018	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2018	14/07/2018	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2018	14/08/2018	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2018	14/09/2018	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2018	14/10/2018	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2018	14/11/2018	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2018	14/12/2018	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2018	14/01/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2019	14/02/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2019	14/03/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2019	14/04/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2019	14/05/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2019	14/06/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2019	14/07/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2019	14/08/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2019	14/09/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2019	14/10/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2019	14/11/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2019	14/12/2019	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2019	14/01/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2020	14/02/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2020	14/03/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2020	14/04/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2020	14/05/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2020	14/06/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2020	14/07/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2020	14/08/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2020	14/09/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2020	14/10/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2020	14/11/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2020	14/12/2020	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2020	14/01/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2021	14/02/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2021	14/03/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2021	14/04/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2021	14/05/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2021	14/06/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2021	14/07/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2021	14/08/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2021	14/09/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2021	14/10/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2021	14/11/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2021	14/12/2021	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2021	14/01/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2022	14/02/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2022	14/03/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2022	14/04/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2022	14/05/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2022	14/06/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2022	14/07/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2022	14/08/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2022	14/09/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2022	14/10/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2022	14/11/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2022	14/12/2022	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2022	14/01/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2023	14/02/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2023	14/03/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2023	14/04/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2023	14/05/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2023	14/06/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2023	14/07/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2023	14/08/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2023	14/09/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2023	14/10/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2023	14/11/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2023	14/12/2023	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2023	14/01/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2024	14/02/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2024	14/03/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2024	14/04/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2024	14/05/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2024	14/06/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2024	14/07/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2024	14/08/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2024	14/09/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2024	14/10/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2024	14/11/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2024	14/12/2024	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2024	14/01/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2025	14/02/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2025	14/03/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2025	14/04/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2025	14/05/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2025	14/06/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2025	14/07/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2025	14/08/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2025	14/09/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2025	14/10/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2025	14/11/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2025	14/12/2025	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2025	14/01/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2026	14/02/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2026	14/03/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2026	14/04/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2026	14/05/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2026	14/06/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2026	14/07/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2026	14/08/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2026	14/09/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2026	14/10/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2026	14/11/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2026	14/12/2026	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2026	14/01/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2027	14/02/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2027	14/03/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2027	14/04/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2027	14/05/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2027	14/06/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2027	14/07/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2027	14/08/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2027	14/09/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2027	14/10/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/10/2027	14/11/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/11/2027	14/12/2027	0,0000	-0,00	0,00
		14/12/2027	14/01/2028	0,0000	-0,00	0,00
		14/01/2028	14/02/2028	0,0000	-0,00	0,00
		14/02/2028	14/03/2028	0,0000	-0,00	0,00
		14/03/2028	14/04/2028	0,0000	-0,00	0,00
		14/04/2028	14/05/2028	0,0000	-0,00	0,00
		14/05/2028	14/06/2028	0,0000	-0,00	0,00
		14/06/2028	14/07/2028	0,0000	-0,00	0,00
		14/07/2028	14/08/2028	0,0000	-0,00	0,00
		14/08/2028	14/09/2028	0,0000	-0,00	0,00
		14/09/2028	14/10			



CNPJ 09.789.035/0001-84
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA FERNANDO BEZERRA - NUM. - 00696 - CENTR
O OURICURI PE 56200-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 16780510 Jul/2018
JOSE FERREIRA CAVALCANTI		
R EUCLIDES BEZERRA LINS, COMPESA 00100 - - CENTRO OURICURI PE		
56200-000		
INSCRIÇÃO: 099.190.415.0160.000 GRUPO: 11 DEB, AUTOMÁTICO: 016780510		
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
		1
HIDRÔMETRO Y07N228553	DATA LÉIT. ANTERIOR 25/06/2018	DATA LÉIT. ATUAL 06/08/2018
		TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 391 CONSUMO:2
LEIT ATU: RECORRENÇIA TAXA N
LEIT FAT: 401

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2018	02	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS	
			EXIG.	PORT.
05/2018	02	COR APARENTE	54	54
04/2018	02	CLORO RESIDUAL	54	54
03/2018	02	COLIF. TOTAIS	54	54
02/2018	01	E. COLI	54	54
01/2018	02		54	54

MÉDIA: 02 Qualidade de Água: www.compresa.com.br
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2018		0,62

PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR
PER. CORRÉ	41,30	1,65	0,68
	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2018 TOTAL A PAGAR: 42,12

MENSAGEM:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 fazenda 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 COAF²**.

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 Sergio F. A. Sampaio inscrito (a) no CPF/CNPJ 007.662.344/01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Drauzio Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/79, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Drauzio Peixoto Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/079, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Diretor Geral Renda: 1.279,15 e apresento os documentos comprobatórios:

Contracheque

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>Bucílides Bezerra Lins</u>		
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ouiéusi</u>
Email	<u>Sergio.F.Sampaio@hotmail.com</u>		
Número	<u>100</u>		
Estado	<u>PE</u>		
Complemento	<u>56.200-000</u>		
Telefone comercial (DDD)	<u>(87) 99980-5451</u>		
Telefone celular (DDD)	<u>(87) 3.9999 - 3998</u>		

Ouiéusi, 08 de novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



C.F.C DE VEIC AUT DO SERTAO DO ARARIPE LTDA ME
RUA EUCLIDES BEZERRA LINS, BA

Entwicklungen der Provinziale der Schule

Data de Admissão: 01/03/2010

04/07/2018 à 31/07/2018

五五七

© 2012 Pearson Education, Inc.

32. 888-219-4004-24

000005 SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

DIRETÓRIO GERAL

DIFERENCIAS EN LA IMPORTANCIA DE LA DISCRIMINACIÓN RACIAL ENTRE LOS CARGOS

SIGNATURES

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 fazenda 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 COAF²**.

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 Sergio F. A. Sampaio inscrito (a) no CPF/CNPJ 007.662.344/01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dionael Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/79, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Dionael Peixoto Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/079, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Diretor Geral Renda: 1.279,15 e apresento os documentos comprobatórios:

Contracheque

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.

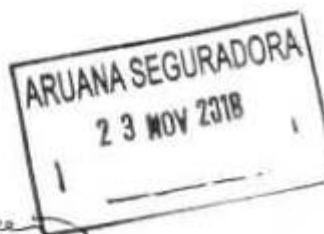
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Bucílides Bezerra Lins</u>		
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ouiéusi</u>
Email	<u>Sergio.F.Sampaio@hotmail.com</u>		
Número	<u>100</u>	Complemento	
Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>56.200-000</u>
Telefone comercial (DDD)	<u>(87) 99980-5451</u>		
Telefone celular (DDD)	<u>(87) 3.9999 - 3998</u>		

Ouiéusi, 08 de novembro 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



C F C DE VEIC AUT DO SERTAO DO ARARIPE LTDA ME
RUA EUCLIDES BEZERRA LINS, 80

Experiências dos Proponentes da Síntese

Data de Admissão: 01/03/2010

01/07/2018 - 31/07/2018

DEC 6 19

662 [POLYMER LETTERS EDITION](#) APRIL 1970

12. 口語 219/10001-72

000005 SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

SIRETOKI SERIAL

DIFERENCIAS EN LA IMPORTANCIA DE LA DISCRIMINACIÓN RACIAL ENTRE LOS CARGOS

ARUANA SEGURADORA
23 NOV 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Fernandes de Oliveira,

RG nº 9357.307, data de expedição 30/11/11
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 072.017.344-23 com
domicílio na cidade de Granito, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Baixinho, nº 5Nº,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ormuel Peixoto Rodrigues cujo o condutor era
Ormuel Peixoto Rodrigues.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 150 Sport

Ano: 2007

Placa: N6V 2602

Chassi: 902KCOPE07R011837

Data do Acidente: 28/09/2018

Local e Data: Oiticuri 09/10/2018

Paulo Fernandes de Oliveira

Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE
Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA
Telefone: (87) 3860-1273

Reconheço a Firma por Autenticidade de PAULO FERNANDES
DE OLIVEIRA. Dou Fé. Granito-PE - X EDVALDO RICARDO
CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELIOMAR CARDOSO
BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Selo: 0077529.JXB09201801.01032 09/10/2018 10:01:30
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Edvaldo Ricardo C. Bezerra,
TABELIÃO

ARUANA SEGURADORA
23 NOV 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Fernandes de Oliveira,

RG nº 9357.307, data de expedição 30/11/11
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 072.017.344-23 com
domicílio na cidade de Granito, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Baixinho, nº 5Nº,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ormuel Peixoto Rodrigues cujo o condutor era
Ormuel Peixoto Rodrigues.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 150 Sport

Ano: 2007

Placa: N6V 2602

Chassi: 902KCOPE07R011837

Data do Acidente: 28/09/2018

Local e Data: Oiticuri 09/10/2018

Paulo Fernandes de Oliveira

Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE
Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA
Telefone: (87) 3860-1273

Reconheço a Firma por Autenticidade de PAULO FERNANDES
DE OLIVEIRA. Dou Fé. Granito-PE - X EDVALDO RICARDO
CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELIOMAR CARDOSO
BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Selo: 0077529.JXB09201801.01032 09/10/2018 10:01:30
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Edvaldo Ricardo C. Bezerra,
TABELIÃO

ARUANA SEGURADORA
23 NOV 2018



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Front.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/06/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Amarelo

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

-QUEIXA

- PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO DIREITO, PA=116X67, FC=93. NEGA ALERGIA. O

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 6

DOR 6

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

QUEDA DE MOTO HOJE

DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIR

RX COM FRATURA DE CLAVICULA DIR

CD

IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ORIETAÇÕES

Peso: _____ Altura: _____ IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância
Ambulância: Saída _____ Chegada _____
() Acidente de Trabalho () Caso Policial

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: **71831**

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/05/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

FERIMENTO TRAUMATICO

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

PACIENTE AINDA SONOLENTO, MAS CONTACTANTE E BEM ORIENTADO. DADOS VITAIS NORMAIS.

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÉNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: 28/09/18

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO
Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO
CRM: 18929

Tissiano Sampaio
ORTOPEDISTA
CRM: 18929

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO
CRM: 18929

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018



HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

Rua: Teobaldo Gomes Torres, 510 - Ouricuri - PE.

CNPJ: 09.794.975/0166-11

Tel.: (87) 3874.1192 - Fax: (87) 3874.1349

ATESTADO MÉDICO

O (a) Sr(a). Osmar Pessas Poeniga

Foi atendido(a) neste Hospital

Devendo:

- Não realizar Educação Física por um período de _____ dias
- Voltar ao trabalho
- Afastar-se do trabalho hoje
- Afastar-se do trabalho por 120 dia(s)
- Ficar em repouso por _____ dia(s)
- Deficiente Físico
- Deficiente Mental
- Goza de Saúde Física e Mental
-

A partir de 08/10/18

C.I.D. 5420 Forma e curva de dor

OBS.: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinado.

Ouricuri - PE. 8/10/18

Rebelo

Carimbo e Assinatura



Dr.BrunoCoelho

Nome: Osmael Peixoto Rodrigues

Paciente sofreu acidente de trânsito no dia 28/09/2018, apresentando fratura da clavícula direita. Realizou tratamento conservador.

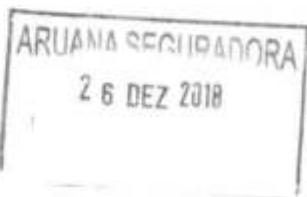
Encontra-se em alta clínica e apresenta sequelas de: limitação funcional grave do ombro direito, com perca de força muscular nos movimentos de flexão, abdução, rotação interna e externa do ombro direito, com deformidade óssea e edema residual.

05/12/2018

Dr. Bruno Coelho
204-176

Assinatura

Rua Teobaldo Gomes Torres, Nº 51, Centro, Ouricuri – PE, CEP 56200-000
(87) 99958-7997
drbrunocoelho@hotmail.com





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Front.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/06/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Amarelo

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

-QUEIXA

- PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO DIREITO, PA=116X67, FC=93. NEGA ALERGIA. O

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 6

DOR 6

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

QUEDA DE MOTO HOJE

DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIR

RX COM FRATURA DE CLAVICULA DIR

CD

IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ORIETAÇÕES

Peso: _____ Altura: _____ IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância
Ambulância: Saída _____ Chegada _____
() Acidente de Trabalho () Caso Policial

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: **71831**

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/05/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

FERIMENTO TRAUMATICO

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

PACIENTE AINDA SONOLENTO, MAS CONTACTANTE E BEM ORIENTADO. DADOS VITAIS NORMAIS.

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÉNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: 28/09/18

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO
Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO
CRM: 18929

Tissiano Sampaio
ORTOPEDISTA
CRM: 18929

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO
CRM: 18929

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018



HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

Rua: Teobaldo Gomes Torres, 510 - Ouricuri - PE.

CNPJ: 09.794.975/0166-11

Tel.: (87) 3874.1192 - Fax: (87) 3874.1349

ATESTADO MÉDICO

O (a) Sr(a). Osmar Pessas Poeniga

Foi atendido(a) neste Hospital

Devendo:

- Não realizar Educação Física por um período de _____ dias
- Voltar ao trabalho
- Afastar-se do trabalho hoje
- Afastar-se do trabalho por 120 dia(s)
- Ficar em repouso por _____ dia(s)
- Deficiente Físico
- Deficiente Mental
- Goza de Saúde Física e Mental
-

A partir de 08/10/18

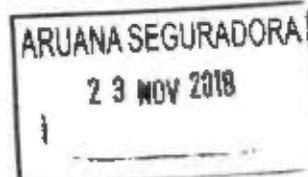
C.I.D. 5420 Forma e curva de dor

OBS.: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinado.

Ouricuri - PE. 8/10/18

Rebelo

Carimbo e Assinatura



Dr.Bruno Coelho

Nome: Osmael Peixoto Rodrigues

Paciente sofreu acidente de trânsito no dia 28/09/2018, apresentando fratura da clavícula direita. Realizou tratamento conservador.

Encontra-se em alta clínica e apresenta sequelas de: limitação funcional grave do ombro direito, com perca de força muscular nos movimentos de flexão, abdução, rotação interna e externa do ombro direito, com deformidade óssea e edema residual.

05/12/2018

Dr. Bruno Coelho
205.176

Assinatura

Rua Teobaldo Gomes Torres, Nº 51, Centro, Ouricuri – PE, CEP 56200-000
(87) 99958-7997
drbrunocoelho@hotmail.com

JARUANA SEGURADORA

09 ABR 2019

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018





卷之三

1299137611

ARUANA SEGURADORA
03 NOV 2018

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018





卷之三

1299137611

ARUANA SEGURADORA
03 NOV 2018



ARUANA SECURADORA
18 JAN 2019

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Osmael Peixoto RodriguesDATA DO ACIDENTE 28/09/2018 CPF DA VÍTIMA 306.655.394-79
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SERGIO FRANCISCO A. SAMPAIOQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTE(S) COM AVÍTIMA(E)ENDERECO DO PORTADOR RUA EUCLIDES BEZERRA LINSNº 100 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE ÓURICURI UF PE CEP 562000-000
E-MAIL sergiofasamapio@hotmail.com TELEFONE (87) 9980-5451
99998-3988

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NÃO POSSUI LAUDO DE APRESENTANTE. O LAUDO DO IML DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE. COPIA A DATA DA AVALIAÇÃO.
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE ÓUVIA, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO APS STANTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- FOLHAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ADQUIRIDAS DENTRO DO PRAZO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DPMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.770,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 4204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 5/11/18IDENTIDADE 4.407.038 SSP/PE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA, ACIMA SEGUINTE

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGURO
23 NOV 2018
Abrezedo