

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458550

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do Acidente: 12/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEILSON ASSIS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458550

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do Acidente: 12/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEILSON ASSIS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 12/09/2018, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 0000 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GEILSON ASSIS DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3215309

EXPEDIDO POR SSPIR

EM ____/____/____ E

CPF 066542964-08 /CNPJ _____, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O PRÓPRIO

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0218-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 60992-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

P. DE FOGO-PB, 07 de DEZEMBRO de 2013

LOCAL E DATA

Geilson Assis da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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: 066.542.364-08 Nome completo da vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

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

Nome completo: GEILSON ASSIS DA SILVA CPF: 066.542.364-08
Profissão: MOTORISTA Endereço: R. WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS Número: 157 Complemento: 454
Bairro: MANGUEIRA Cidade: PEDRAS DE FOGO Estado: PB CEP: 58308-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 99419-5926

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

RENDAS MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0218 6 CONTA: 60992 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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 alfabetizado

Local e Data, PEDRAS DE FOGO-PB, 08.01.2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA
CPF: 066.542.364-08

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou C.S.: 11-1-1 CPF da vítima: 066.542.364-08 Nome completo da vítima: GILSON ASSIS DA SILVA

REGISTRO EM INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DADOS DE RENDIMENTO, PARA FINS DE AVALIAÇÃO MÉDICA (CONFORME BENEFICÁRIO), CREDENCIAMENTO Nº 445/2012

Nome completo: GILSON ASSIS DA SILVA CPF: 066.542.364-08

Profissão: MOTORISTA Endereço: R. WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS Nº: 157 Complemento: 4151

Bairro: AMANGUEIRA Cidade: PEDRAS DE FOGO Estado: PB CEP: 58308-000

E-mail: TEL: (81) 99419-5926

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS
CONTAS EM NOMENCLATURA DE RENDIMENTO: ☒ CONTA POU-PANCA (Somente para os bancos abaixo. Indicar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (304) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (204)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0818 6 CONTA: 60992 7

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Indicar o número da agência e da conta

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: PEDRAS DE FOGO-PB, 08.01.2019

Nome: GILSON ASSIS DA SILVA

CPF: 066.542.364-08

(*) Assinatura de quem recebe o RDCO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2170270013 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EDICOLSON ASSIS DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 215309 EXPEDIDO POR SP/PA EM 11/11/13 E
CPF 046092564-08 CNPJ 21 PROFISSÃO MOTORISTA
E RENDA MENSAL DE R\$ 1300,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O PAO PRÓPRIO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta. Neste momento revoga-se a aceitação da abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanned, colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS) - 046092564-08
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 019-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 60991-7

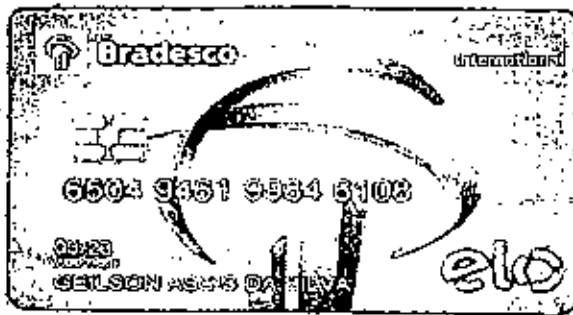
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 019-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 60991-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

2170270013 046092564-08
11/11/13 08 de DEZEMBRO de 2013
Edicolson Assis da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.



(DAMS)

RECEBIDO

13 DEZ 2018

Seguradora Líder DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 04ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0139001354**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2018** às
11:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **12/9/2018** às **19:20**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 76 KM 28, 1 - Bairro: CENTRO -
ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: ENTRADA DO
ENGENHO LAÇOS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE);
GILSON ASSIS DA SILVA, VÍTIMA.**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO (Unidade na operação da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a) GILSON ASSIS DA SILVA.**



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

**GEILSON ASSIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS Pai: GILVAN RODRIGUES DA SILVA Data de
Nascimento: 2/9/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS - PEDRAS DE FOGO/PARAIBA/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GEILSON ASSIS DA SILVA, que
estava em posse do(a) Sr(a): GEILSON ASSIS DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QFJ2064** (PARAIBA/PEDRAS DE FOGO) Renavam: **108428412** Chassi:
9C2KC22080R138527
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI

RELACIONADA UM CAMINHÃO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS ADENTROU INOPINADAMENTE À VIA, MOMENTO EM QUE A VITIMA ALEGA TER COLIDIDO COM O REFERIDO CAMINHÃO, CAINDO NO CHÃO E SOFRENDO FERIMENTOS. A VITIMA DECLAROU QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAMBÉ-PE, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB.

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

Guilherme Assis da Silva

GUILSON ASSIS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: HILBERTO FERNANDES A. DA COSTA - Matrícula: 2737272





(DAMS)

RECEBIDO

457951/18
31/01/2019
Segurança Lider DPVATASL-0457951/18
alessandra magalhãesASL-0457951/18
alessandra magalhães

21/02/2019 16:19:43

21/02/2019 16:19:43

21/02/2019 16:19:43

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0457951/18

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/10/2018 às

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)

que aconteceu no dia 12/9/2018 às 18:20

RODOVIA DE 78 KM 25, 1º CENTRO

CAJAZEIRAS, PERNAMBUCO, BRASIL - Posto da ocorrência: ENTRADA DO

ENGENHO DO

PULSOS, PERNAMBUCO, BRASIL

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Posto (se houver) da ocorrência:

Complemento / Observação

A VÍTIMA QUE ENCONTRADO CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI

ASL-0457951/18

ASL-0457951/18

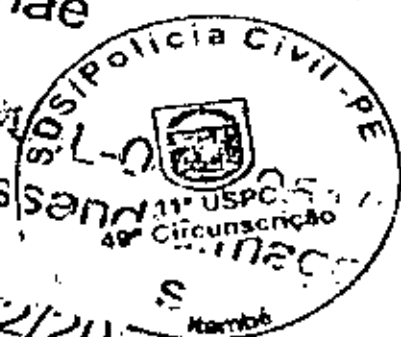
RELACIONADA UNICAMINHÃO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS
ADENTRO, INOPINADAMENTE A VIA, MOMENTO EM QUE A VITIMA ALEGA TER
COLIDIDO COM O REPECHIDO CAMINHÃO, CAINDO NO CHÃO E SOPRENDO
FERIMENTOS. A VITIMA DECLAROU QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO
MUNICÍPIO DE ITAMBÉ-PE, SENDO EM SEQUIDA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PE.

21/02/2019 16:19:43
ASSINADA POR: *Gilson Assis da Silva*
GILSON ASSIS DA SILVA
(VITIMA)

ASL-0457951/18
alessandra.magalhae

S.O. registrado por HILBERTO FERNANDES A. DA COSTA - Matrícula: 2737272

21/02/2019 16:19:43



ASL-0457951/18
alessandra.magalhae
21/02/2019 16:19:43

ASL-0457951/18

alessandra.magalhae

21/02/2019 16:19:43

ASL-0457951/18

alessandra.magalhae

21/02/2019 16:19:43

ASL-0457951/18

alessandra.magalhae

21/02/2019 16:19:43

ASL-0457951/18
alessandra.magalhae

21/02/2019 16:19:43



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ - DP49ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0139001354**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2018** às **11:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **12/9/2018** às **19:20**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 75 KM 28, 1 - Bairro: CENTRO - ITAMBE/PERNAMBUCO / BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA DO ENGENHO LAÇOS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GEILSON ASSIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GEILSON ASSIS DA SILVA**

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

GEILSON ASSIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS Pai: GILVAN RODRIGUES DA SILVA Data de Nascimento: 2/9/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS - PEDRAS DE FOGO/PARAIBA/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEILSON ASSIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEILSON ASSIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QFJ2064** (PARAIBA/PEDRAS DE FOGO) Renavam: **108428412** Chassi: **9C2KC2200GR130587**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI RELACIONADA UM CAMINHÃO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS ADENTROU INOPINADAMENTE À VIA, MOMENTO EM QUE A VITIMA ALEGA TER COLIDIDO COM O REFERIDO CAMINHÃO, CAINDO NO CHÃO E SOFRENDO FERIMENTOS. A VITIMA DECLAROU QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAMBÉ-PE, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB.

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

Gilson Assis da Silva
GEILSON ASSIS DA SILVA
(VITIMA)

P/F

B.O. registrado por: **HILBERTO FERNANDES A. DA COSTA** - Matrícula: **2737272**

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: 066.542.364-08 Nome completo da vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

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

Nome completo: GEILSON ASSIS DA SILVA CPF: 066.542.364-08
Profissão: MOTORISTA Endereço: R. WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS Número: 157 Complemento: 454
Bairro: MANGUEIRA Cidade: PEDRAS DE FOGO Estado: PB CEP: 58308-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 99419-5926

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

RENDAS MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0218 6 CONTA: 60992 7
(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) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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 alfabetizado

Local e Data, PEDRAS DE FOGO-PB, 08.01.2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA
CPF: 066.542.364-08

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Comprovação de ato declaratório



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MEDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	GELSON ASSIS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/86
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1108.037
DATA DO ATENDIMENTO	12/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	21:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDA E DA ÓRBITA ESQUERDA.
CID 10	S02.4
AValiação Inicial:	
Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, desorientado, Glasgow 13, com ferimentos corto-contuso na região frontal, abdômen sem queixas, torax com escoriações. Presença de fratura em órbita esquerda. Fratura infra-orbitária esquerda.	
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:	
Ultrassonografia FAST	
TC de crânio	
RX de torax	
RX da pelve	
RESULTADOS DOS EXAMES:	
TC: fratura de rebordo infra-orbitário esquerdo + parede lateral de órbita esquerda + fratura de teto de órbita sem deslocamento.	
TRATAMENTO:	
Fraturas sem necessidades de tratamento cirúrgico.	
ALTA HOSPITALAR:	13/09/18
DATA DA EMISSÃO:	26/11/18
Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB	

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEILSON ASSIS DA SILVA

RG nº 32 153 09, data de expedição / / , Órgão SSP/PB

CPF nº 066-542.364-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS</u>
Número	<u>157</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MANGUEIRA</u>
Cidade	<u>PEDRAS DE FOGO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58328-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99419 5926</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PEDRAS DE FOGO - PB - 07/12/2018

Assinatura do Declarante: Geilson Assis da Silva



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA WILSON RIBEIRO DE MENEZES, 157

PEDRAS DE FOGO PEDRAS DE FOGO

PEDRAS DE FOGO PB
52378-000

B11. RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CÓDIGO CONTRATO	NÚMERO
7025088433	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIO PROPOSTA LITIGADA
30/11/2018	24/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	28,06

DATA INSCRIÇÃO	SIGLA	NOME
04/02/1992	URICA	ZENILTON
APRESENTAÇÃO	INFORMANTE	INSCRIÇÃO
ZENILTON	2000541040	NADA

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo Ativo até 10 L/h	38,00000000	0,2483385	9,44
Consumo Ativo superior a 10 até 100 L/h	38,00000000	0,42675232	16,04
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,33
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,00
Contrôl. Ium. Pública Municipal			2,25
Multa por atraso NF 036687763 - 23/10/18			0,03
Juros por atraso NF 036687763 - 23/10/18			0,06
Avaliação ICMS NF 036687763 - 23/10/18			0,00

TOTAL DA FATECA

28 648

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										26.00
Nº DO RECEIHO	Tipo da FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (g/m²)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
12345	CAT	20/01/2018	25.150.00	20/01/2018	31.227.50	20	1.0000		0.00	

[illegible]**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**[illegible]

As curules, por sua vez, pertencem ao Conselho de Administração (CA) e ao Conselho de Administração de Administração (CAA), sendo que a primeira é a mais elevada e a segunda a mais baixa, para a qual, no entanto, também se pode recorrer.

DURAÇÃO E PRESENCIA NAS HÍMENES					TEMPO DE TÊNIS		
CONSUMO (G/L/24H)	TEMPO MÉDIO DE TÊNIS	TEMPO MÉDIO DE TÊNIS	TEMPO MÉDIO DE TÊNIS	TEMPO MÉDIO DE TÊNIS	TEMPO MÉDIO DE TÊNIS	TEMPO MÉDIO DE TÊNIS	
0,15	0,25	1,15	2,15	220	200	231	
0,20	0,30	1,20	2,20				
0,25	0,35	1,25	2,25				

Fonte: [10], [11].

Fonte: OCB, 12/22. ELAB.: Vitor do Espírito Santo e Vitor de Moraes de Oliveira de Castro, de 09/07/22

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

7025008433	11/29/11	30/11/2018	28.06
------------	----------	------------	-------

83870000000-1 28060011007-0 02509843310-0 15191083643-5



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

CPF nº 066.542.364-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	(Rua/Avenida/Praça)	RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS
Número		152
Apto / Complemento		
Bairro		MANGUEIRA
Cidade		PEDRAS DE FOGO
Estado		PARAIBA
CEP		58228000
Telefone de Contato		(81) 99419 5926
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PEDRAS DE FOGO - PB - 02/12/2018

Assinatura do Declarante:

Gabriel Amorim da Silva

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO

CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANA MARIA RODRIGUES DA SILVA ASSIS

CPF: 069.815.104-64

DATA DE VENCIMENTO

26/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

085405570

CONTA CONTRATO

007024272383

Nº DO CLIENTE

2013584902

Nº DA INSTALAÇÃO

0006362589

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA GERONCIO PEREIRA CHAVES 4000 --A

LOTTO PLANALTO/PEDRAS DE FOGO

58328-000 PEDRAS DE FOGO PB

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1D6E.851C.192B.9042.DC6A.79BD.5714.31EC

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	186,00	0,80986289	150,63
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,66
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,78
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,80
Multa por atraso-NF 081622812 - 18/10/19			3,05
Juros por atraso-NF 081622812 - 18/10/19			0,50
Atualização IGPM-NF 081622812 - 18/10/19			0,27
TOTAL DA FATURA			176,69

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
159,07	27,00	42,94	159,07	0,92	1,46	159,07	4,25	6,76

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Geração de Energia	52,98 33,31
Transmissão	5,28 3,32
Distribuição (Celpe)	32,04 20,14
Encargos Setoriais	7,52 4,73
Tributos	51,16 32,16
Perdas de Energia	10,09 6,34
TOTAL	159,07 100

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
NOV 19	186
OUT 19	175
SET 19	144
AGO 19	163
JUL 19	174
JUN 19	210
MAI 19	145
ABR 19	127
MAR 19	141
FEV 19	139
JAN 19	123
DEZ 18	116
NOV 18	120

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003154760210	CAT	18/10/2019 3.602,00	19/11/2019 3.788,00	32	1,00000	0,00	186,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	ORATORIO	0,00	10,87	21,74	43,49
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 55,49					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! lojas luz: rua des vieria de mello 85 centro / mercadinho aste: r prof getulio cesar rodrigues guedes n 94 centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO

007024272383

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR(R\$)

0,00

VENCIMENTO

26/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GELSON ASSIS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/86
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.108.037
DATA DO ATENDIMENTO	12/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	21:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDA E DA ÓRBITA ESQUERDA.
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, desorientado, Glasgow 13, com ferimentos corto-contuso na região frontal, abdomen sem queixas, torax com escoriações. Presença de fratura em órbita esquerda. Fratura infra-orbitária esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia FAST
TC de crânio
RX de torax
RX da pelve

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura de rebordo infra-orbitário esquerdo + parede lateral de órbita esquerda + fratura de teto de órbita, sem deslocamento.

TRATAMENTO:

Fraturas sem necessidades de tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR:	13/09/18
DATA DA EMISSÃO:	26/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA		BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003894120994	Telefone de Contato (81) 91422549
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHÃO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional IVALDO SALES HONFI JUNIOR	Nº Cons. Regional 3985/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51			Data/Hora Prescrição 13/09/2018 00:10:50	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELA EQUIPE DO SAMU COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO MOTOXCAMINHÃO. NEGA DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA, DOENÇAS DE BASE, RELATA HEMATÊMESE, RELATA VACINAÇÃO CONTRA TETANO EM DIA.

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL, EM MACA, VIAS AEREAS PERVIAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, FCC EM REGIÃO PERIORBITARIA (E) + EDEMA E EQUIMOSE, BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, OCLUSÃO MANTIDA.

TC: OBSERVA-SE HEMOSSINUS EM SEIOS MAXILARES BILATERAIS + ESFENOIDAL + FRONTAL. OBSERVA-SE FRATURA DE REBORDO INFRA ORBITÁRIO (E) + PAREDE LATERAL DE ÓRBITA, FRATURA DE TETO DE ÓRBITA SEM DESLOCAMENTO. FRATURAS SEM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-ALTA BMF 3- AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

GEILSON ASSIS DA SILVA

IVALDO SALES HONFI JUNIOR
(: 3985/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA		BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa 2018-09-13 08:20:02.0
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701093894120994	Telefone de Contato (011) 91422549
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 3359/PB	
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51		Data/Hora Prescrição 13/09/2018 08:20:08		
Anamnese ## Neurocirurgia ## Avalio paciente vítima de acidente automobilístico. Nega dor cervical. Nega antecedentes prévios. Ao exame: ECG15, PIFR, sem déficit focal. TC Cranio: Sem afecções neurocirúrgicas de urgência. Cd: Oriento sinais de alarme. Alta da Neurocirurgia. Cirurgia Geral Alta hospitalar.				
Conduta Alta médica				
Alta Hospitalar Usuário WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR Data e Hora 13/09/2018 08:20:02 Observações				

GEILSON ASSIS DA SILVA

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(3359/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. GABRIELIS LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

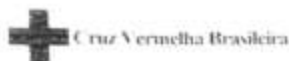
CNES: 61212

Paciente GILSON ASSIS DA SILVA	BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003894120994
Mãe MARIA DAS GRACAS RODRIGUES DE ASSIS			Telefone de Contato (81) 91422549
Endereço WILSON RIBEIRO DE VASCONCELOS, 157	Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CARRO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51	Data/Hora Prescrição 13/09/2018 00:51:36		
Anamnese ## Neurocirurgia ## Avalio paciente vítima de acidente automobilístico. Nega dor cervical. Nega antecedentes relevantes. Ao exame: ECG 12-12-12 sem déficit focal. TC Cranio: Sem lesões neurocirúrgicas de urgência. Cd: Oriento sinais de Alta da Neurocirurgia.			
Conduta Em observação.			

GILSON ASSIS DA SILVA

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)

Gilson



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1108037



Identificação do paciente

ID 1325690	Nome GEILSON ASSIS DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32 anos 10 dias	Estado civil
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS	Pai GILVAN RODRIGUES DA SILVA	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANA MARIA RODRIGUES DA SILVA ASSIS - ESPOSO(A)	Prontuário
DDD Móvel 81	Fone Móvel 91422549	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3215309	Fone Fixo
Local de procedência IBIRAJUBA	Nº Cns 701003894120994	
Email	Tipo MUNICIPIO	UF PE
Naturalidade ITAMBÉ	CBO/R	

Endereço

CEP 58328000	Município de residência PEDRAS DE FOGO	UF PB	Logradouro WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS
Número 157	Complemento	Bairro MANGUEIRA	

Admissão

Data e Hora 12/09/2018 21:13:51	Número da pulseira 1000006282102	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Paciente vítima de acidente automobilístico com episódios de vômito, consciente, orientado segue nos cuidados de suporte.

Diagnóstico

CID

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Tempo
01min 05seg





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA		BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Cota Bixa
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003894120994	Telefone de Contato (81) 91422549
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	Nº Cons. Regional 10650/PB	
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51		Data/Hora Prescrição 12/09/2018 21:25:18		
Anamnese				
Paciente consciente, desorientado, glasgow 13, vítima de colisão moto-carro, sem uso de capacete, chega ao serviço sem protocolo de imobilização, apresentando ferimento corto-contuso em fronte, sem sinais de sangramento ativo, apresentando escoriações em torax, abdome flácido, sem irritação peritoneal cd: exames, avaliação da neurocirurgia				
CUIDADOS				
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA				
EXAME DE IMAGEM				
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO				
ULTRASSONOGRAFIA - FAST				
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)				
RADIOGRAFIA DE Pelve (ANTEROPOSTERIOR)				
CID10				
Código	Descrição			
T00.9	Traumatismos superficiais múltiplos não especificados			
Conduta				
Em observação				

GEILSON ASSIS DA SILVA

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
(CRM: 10650/PB)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831567280

Data Nasc: 02/09/1986 - 32 anos

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data Exame: 12/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do seio maxilar, parede lateral da órbita esquerdas.

Material denso no interior dos seios paranasais, podendo corresponder a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 14/09/2018 23:06.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831567280

Data Nasc: 02/09/1986 - 32 anos

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data Exame: 12/09/2018

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 12/09/2018 23:35.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome GEILSON ASSIS DA SILVA		Prontuário
Data de 02/09/1986	Nº Boletim Emergência 1108037	
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE Pelve (ANTEROPOSTERIOR) RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO ULTRASSONOGRAFIA - FAST		

12/09/18
 22:00
 117

RAIOS-X

TIPO ... 12/09/18
 DATA ... 22:00
 HORA ... 22:00
 NOME TEC. P.O. ...
 ASS. ...

12 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



13/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/proscricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&param=imprimir&id=3838563pesquisa=8&pr=1,ms=

Rua Vermelha Iluminada

 Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senhora Humberto Lucena

 GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA/S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente: GELSON ASSIS DA SILVA		DAE: 1108037	Data/Hora Entrada: 12/09/2018 21:13:51	Data Saída:
Data de nascimento: 02/09/1966	Idade: 52n 11d	Sexo: Masculino	CNS: 701003894120984	Telefone de Contato: (51) 9142540
Mãe: MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS		Promotorio:		
Endereço: WILSON RIBEIRO DE MENEZES, 157		Bairro: MANGUEIRA	Município: PEDRAS DE FOGO	UF: PB
Acidente: MOTOCICLETA X CAMINHÃO		Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: EVALDO SALES HONRA JUNIOR	Nº Cons. Registro: 1985/PB
Data/Hora Cursificação: 12/09/2018 21:13:51		Data/Hora Preenchimento: 13/09/2018 09:10:50		

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELA EQUIPE DO SAMU COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO MOTOXCAMINHÃO, NEGA DESMAIO, ALÉRGIA MEDICAMENTOSA, DOENÇAS DE BASE, RELATA HEMATEMESE, RELATA VACINAÇÃO CONTRA TETANO EM DIA.

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL, EM MACA, VIAS AEREAS PERVIAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, FCC EM REGIÃO PERIORBITARIA (E) + EDÊMA E EQUIMÓSE, BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, OCLUSÃO MANTIDA.

TC: OBSERVA-SE HEMOSSINUS EM SEIOS MAXILARES BILATERIAS + ESFENOIDAL + FRONTAL, OBSERVA-SE FRATURA DE REBORDO INFRA ORBITÁRIO (E) + PAREDE LATERAL DE ÓRBITA, FRATURA DE TETO DE ÓRBITA SEM DESLOCAMENTO. FRATURAS SEM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-ALTA BMF 3- AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e mandibulares

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

GELSON ASSIS DA SILVA

EVALDO SALES HONRA JUNIOR
(: 395570)

3. The following are the names of the persons who have been appointed to the various committees of the Board of Directors:

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 33166300

Tel: 321.65700

CNES: 454554

Paciente		DAC -	Prontuário Médico	Data de
CEILSON ASSIS DA SILVA		1108037	130247018 21/12/11	2018-08-13 08:00:02.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Outros	Telefone de Contato
02/01/1916	37a. ano	Masculino	701803334127994	(81) 91473547
LBP				Profissional
MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				
Endereço		Cidade	Assentado	UF
WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		BOA MANEIRA	PEDRAS DE FOGO	RN
Atividade		Memo	Profissional	UF
MOTOCICLETA A CAMINHAO		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	WALTER LUIZ BANDAIRA ALVES	UF
Data de Nascimento		Data de Admissão		UF
12/04/2018 21:12:31		13/07/2018 08:20:04		2358770
Anamnese				
Ex Neurocirurgia em				
Avista paciente vítima de acidente automobilístico. Negar dor cervical. Nada antecedente notável.				
Ao exame: ECG-15. PIR, sem déficit focal.				
TC Crânio. Sem alterações neurocirúrgicas de urgência.				
Cg:				
Orienta saída do paciente.				
Alta da Neurocirurgia.				
Clínica Geral				
Alta hospitalar.				
Conduta				
Alta médica				
Alta Hospitalar				
Usuário		Data e Hora		
WALTER LUIZ BANDAIRA ALVES		13/08/2018 08:20:02		
Nome de Alta		Observação		
ALTA HOSPITALAR				

गणेशाय नमः

WALTER LUTZ HANDELIA ALVZ,
P. 2339 TEL

Endereço: AV. 24 DE ABRIL, 1500 LISBOA, SIN, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PS, 58031090

21.

CNES: 61212

GILSON ASSIS DA S	BNE 2168037	Dia/Hora Entrada 12/09/2010 21:13:51	OBS BR
Data de nascimento 12/05/1985	Idade 25a An	Sexo Masculino	CNS 701003894120054
Maria DAS GRACAS	FERNANDO DE ASSIS		Pontuação
Endereço WILSON RIBEIRO IN	Nº 157	Lugar PANGUEIRA	UF PB
Ao receber MOTOCICLETA X F	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		PP Classificação 0257/PB
Dia/Hora Classeficacão 12/09/2010 21:13:51	Dia/Hora Percepção 13/09/2010 00:51:30		

Anamnesis

Neurochirurgie

Avalia paciente: ☐ de 14 anos de idade. Negra do: cervical.

[Negot antecedent,

Ad exam: ECG: 2° - non-diffuse focal

TC-Cranio: Ser: Ano: _____

। ८८-

Orienta sjuksjuk

4ta da Neuroci

Conducta

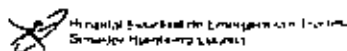
2.7 observac'

2525 2525

FERNANDO ROBERTO GONÇALVES RAL DE VASCONCELOS
(CNPJ. 82517.06)

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

[illegible]



 GOVERNO
DA PARAÍBA

ASL-06
DIM. JOAO PESSOA - PB:
Pess... 75

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB;
58031090
Tel.:
CNES: 6121221

27/02/22

CEILSON ASSIS DA SILVA		DATA DO NASCIMENTO 02/09/1960	Idade 39a 11m	Sexo Masculino	CPF 11092937	Endereço Rua Vitorino de Almeida 12002-001 7113-151	DATA DA ENTREVISTA 12/08/2018 11:23:18	DATA DA EXAT 02/08/2018
MARIÁ DAS GRACAS CORDEIRO DE AGUIAR					CPF 110100084 120934	Endereço Rua Vitorino de Almeida 12002-001 7113-151	DATA DA ENTREVISTA 12/08/2018 11:23:18	DATA DA EXAT 02/08/2018
Endereço WILSON ASSIS DE MENDONÇA, 101		Nome MANUEIRA	Nascimento PEDRO DE FOGG		CPF 110100084 120934	Endereço Rua Vitorino de Almeida 12002-001 7113-151	DATA DA ENTREVISTA 12/08/2018 11:23:18	DATA DA EXAT 02/08/2018
Atividade MOTOQUEIRO X CAMINHÃO		Nome ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Nascimento JOSE FERNES JUNIOR		CPF 110100084 120934	Endereço Rua Vitorino de Almeida 12002-001 7113-151	DATA DA ENTREVISTA 12/08/2018 11:23:18	DATA DA EXAT 02/08/2018
Data da Cirurgia 12/08/2018 11:23:18								
Anamnese								
Paciente consciente, desorientado, Glasgow 13, vítima de edema agudo de pulmão, sem uso da medicação, chega ao serviço sem história de imobilização, apresentando ferimento cortante-contuso na fronte, sem sinais de sangramento ativo, apresentando escoriações em tornozelos, abdome doloroso, sem hilição peritoneal.								
CUIDADOS								
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA								
EXAME DE IMAGEM								
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO								
ULTRASSONOGRAFIA - FAST								
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)								
RADIOGRAFIA DE Pelve (anteroposterior)								
CID10								
Código	Descrição							
T00.9	Traumatismo supratentorial não penetrante							
Conduta								
Em observação								

A.S.M.

a/essa

27/02/2

AL-0457951/2008
alessandra magalhaes
LSON AGRIOS DA SILVA JUNE 1 2008
21/11/2008 S

21/02/2019 16:24

A.SL-0457951/18
 Alessandra m.

AL-0457951/18
alessandra.magalhaes
21/11/2018

21/02/2019 16:24:25

alessandra.m...

27/02/2019 15:22



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Serviço de Radiologia

Atendimento: 201831567280

Data Nasc: 02/09/1986 - 32 anos

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data Exame: 12/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do seio maxilar, parede lateral da órbita esquerdas.

Material denso no interior dos seios paranasais, podendo corresponder a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(n) paciente.

Este estudo foi liberado em 14/09/2018 23:00.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Seminar Humberto Lucena

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

Almôndimento: 2018.11567280

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL (FAST)

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausência de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

* A ultrassonografia é um exame subutilizado, sendo a melhor ferramenta para o diagnóstico de lesões intra-abdominais e extra-abdominais.

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

Data Nasc: 02/05/1986 - 32 anos

Data Exame: 21/02/2019

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

ASL-0457951/18
alessandra magalhaes
21/02/2019 16:24:25

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes

21/02/2019 16:24

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes

21/02/2019 16:24

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes

21/02/2019 16:24

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes

21/02/2019 16:24

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes

21/02/2019 16:24

GOVERNO
DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	GEILSON ASSIS DA SILVA	Promitório	21/02/2019 16:24
Data de	02/09/1985	Nº Boleim Emergência	1108037
Materiais a examinar	EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE Pelve (anteroposterior) RADIOGRAFIA DE TORAX (apico-lordotica) TCMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO ULTRASSONOGRAFIA - FAST		

12 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DE
 PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

GILSON ASSIS DA SILVA

CPF: 022.365.681-00

DATA NASCIMENTO: 07/09/1986

PROFISSÃO: **GILSON RODRIGUES DA SI
 LVA**

MARIA DAS GUERAS CORREIA
 LEO DE ASSIS

SEXO: **M**

ESTADO CIVIL: **C**

DATA DE EMISSÃO: **18/11/2005**

VALIDADE: **18/11/2015**

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL: **1676371786**

PROFISSÃO PLASTIFICAR: **1676371786**

ASSINATURA: **Gilson Assis da Silva**

LOCAL: **GOIANA, PE**

DATA: **21/05/2018**

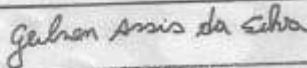
PERNAMBUCO

Documentos de identificação



21/11/2011

21/02/2018 15:21

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TERREIRO		CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
NOME		GILSON ASSIS DA SILVA					
DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR / UF		3215309 SSP PE					
CPF		066.542.364-08		DATA NASCIMENTO		02/09/1986	
FILIAÇÃO		GILVAN RODRIGUES DA SI LVA MARIA DAS GRACAS CORDE IRO DE ASSIS					
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.		AD	
Nº REGISTRO		03727022091		VALIDADE		16/11/2005	
OBSERVAÇÕES							
ZAR							
 ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		GOIANA, PE		DATA EMISSÃO		21/05/2018	
ASSINATURA DO EMISSOR		 Carlos Anderson Sousa Ribeiro Diretor Presidente		41827365612		PE084971126	
PERNAMBUCO							

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1676371786

PROIBIDO PLASTIFICAR
1676371786

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PB Nº 013931436690
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0108428412-7 00/00000000 2018

GEILSON ASSIS DA SILVA

06654236408 06J2064/PB

NOVO BB 4C2KC2200GR1305B7

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 FAN ESDI ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

2 B/162 /CI PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** SEGURO 3PIA GTOF 18/06/2018

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
DOCUMENTO DE COTA ÚNICA
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

PEDRAS DE FOGO-PE DATA 18/06/2018

117224 15644

CONTRAR

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SECRETARIA DE HABITAMENTO

CONDOMÍNIO

SOCIEDADE OBRAEIRA DO

EDIFÍCIO RESIDENCIAL DO COMPLEXO DA
NÃO VAIAM PARA TRANSFERÊNCIA

ASL-0457
alexandra.m
21/02/2019 1

16-32-43

ASL-0457951/13
alexandra.m@qinetiqs
21/02/2019 16:32:43

ASAC-11/57/10
alexandra.m...
2/10/2019 7:11

(DAMS)

RECEBIDO

13 DEZ 2018

Seguradora Lider DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0139001354**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/10/2018 às
11:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 12/9/2018 às 19:20

Fato ocorrido na endereço: **RODOVIA PE 76 KM 28, 1 - Bairro: CENTRO -
ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: ENTRADA DO
ENGENHO LAÇOS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
GEILSON ASSIS DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): GEILSON ASSIS DA SILVA**



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

**GEILSON ASSIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS Pai: GILVAN RODRIGUES DA SILVA Data de
Nascimento: 2/9/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS - PEDRAS DE FOGO/PARAIBA/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GEILSON ASSIS DA SILVA, que
estava em posse do(a) Sr(a): GEILSON ASSIS DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QFJ2064 (PARAIBA/PEDRAS DE FOGO) Renavam: 102428412 Chassi:
9C2KC22060R128527
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCOGASOL**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima GEILSON ASSIS DA SILVA
Data do Acidente 12/09/2018 CPF: 066.542.364-08

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome _____
☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
Endereço RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS
No. 157 Complemento _____ Bairro MANGUEIRA
Cidade PELOAS DE FOGO UF PARAIBA CEP 58328-000
Telefone (81) 994195926 Email _____

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DESPESAS MÉDICAS

Atenção! ☐ Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível). ORIGINAL
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☒ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☒ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 02/12/2018
Nome GEILSON ASSIS DA SILVA
Identidade 2215093215309

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 02/12/2018 ☒ Recebi os documentos assinalados
Nome JOÃO I. B. DE MORAIS
Matrícula Correios 8428423-3

Assinatura do Atendente

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Guilherme Amor da Silva

DATA DO ACIDENTE 13.09/2019 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 066.542.364-03

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

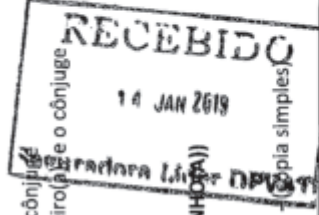
- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples) Cópia do Documento do Veículo
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a) e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail

Tel: 0800 419 5926

Data 08/01/2019

Assinatura

Guilherme Amor da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC PEDRAS DE FOGO SE/PB

Atendente ADÃO IDNALDO GONZAGA DE MORAIS Matrícula 8.478.473-3

Data: 08/01/2019 Assinatura: Adão Idnaldo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261992/19

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do acidente: 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

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 cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/08/2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA
CPF: 066.542.364-08

GEILSON ASSIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3190266706

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

() Solicitação 06

() Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
04/07/2019	01/08

Recebi em 09/07/2019

Nome: Antônio Cláudio

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima	Gelson Arris da Silva		
Data do Acidente	12/08/2018	CPF:	066.542.364-08

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome	Gelson Arris da Silva			RECEBIDO 04 JUL 2018 Seguradora Líder DPVAT
☒ A própria Vítima	☐ Representante Legal: Grau de Parentesco:			
Endereço	Rua: Edgar Borges			Seguradora Líder DPVAT
No. 41	Complemento	Bairro	Mangueira	
Cidade	Pedras de Fogo	UF	Paraná	
Telefone	(81) 994195926		Email	

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DESPESAS MÉDICAS**

Atenção! ➡ Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☐ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☒ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data	02/07/2018
Nome	GEILSON ASSIS DA SILVA
Identidade	RG: 3275309 SSP/PR
Assinatura do Portador	

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data	02/07/2018	☒ Recebi os documentos assinalados
Nome	JOÃO L. B. DE MORAIS	
Matrícula Correios	8.478.478-3	
Assinatura do Atendente		

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE (X) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Gilberto Silva da Silva

DATA DO ACIDENTE 13.03.2019 POSSUI CPF () SIM () NÃO NE CPF 066.542.364-01

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoaliber.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO (A)
- () Prova de convivência (juntos ao ISSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Atestado Judicial reconhecendo a união estável) (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- () Prova de convivência (juntos ao ISSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável) (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a) e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU RETO(A)
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (TIAVÔ, IRMÃO, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário (cópia simples)
- () Outros Documentos a apresentar:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? O(a) vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

E-mail

Data 08/01/2019 Assinatura Gilberto Silva da Silva 066.542.364-01

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC PESSOAS DE FOGO SEIPE
Atendente JOÃO LONILDO SILVA DE MORAES 8438423-3
Data 08/01/2019 Assinatura João Lonildo Silva de Moraes

Alessandra Magalhães

De:

Enviado em:

terça-feira, 19 de fevereiro de 2019 15:59

Para:

Assunto: 26702217 - 3180596969 CANCELAMENTO COM RECADASTRAMENTO DE SINISTRO

Prezados, boa tarde.

Pago cancelar o sinistro acima e recadastrar(como DAMS) conforme reclamação em nossa Central de Relacionamento;

"DISCORDÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE DOCUMENTOS

Usuário contesta pendência alegando ter encaminhado laudo do IML e solicitou, conforme checklist na aba Outros, a cobertura DAMS e não invalidez. Favor verificar."

Att.

Andra Fonseca

Gestão Médica

andra.fonseca@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4485



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP 20011-904

Leia nossa News e nosso Blog. Siga a Seguradora Lider nas redes sociais.
Facebook | Twitter | LinkedIn | Instagram | Youtube

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE
 Data: 21/12/78
 Nome: GEBLSO/ ASSIS DA SILVA
 Identidade: 22.1509 32 45309
 Assinatura de Portador: *Guilherme da Silva*
 Assinatura de Portador

☐	Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
☒	Notas de Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data do ato definitivo (modelo no back do atendimento).
☐	Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
☐	Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Cartão do Nascimento ou Cartão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - Cópia simples e legível).
☐	CNPJ do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
☐	Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
☐	Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no back do atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

☒	Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia autenticada e legível).	☒
☒	Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar Certidão de Nascimento ou Cartão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).	☒
☐	CPF da vítima (Cópia simples e legível).	☒
☒	Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência desta documentação, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).	☒
☒	Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprovando os dados bancários. (modelo no balcão de atendimento).	☒
- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE		

4. COBERTURA SOLICITADA ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DESPESAS MÉDICAS

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.

- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvataguradotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.

- A indenização por invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.

- O Rendimento do Despesas Médico-Hospitalares (DAMHS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.

- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima maior (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

Endereço: Rua Wilson Ribeiro - de Medeiros		No. 157		Complemento		Bairro: Mangueira		UF: PA/PA		CEP: 58300-000		Telefone: (81) 994195926		Cidade: Picos - PI		Estado: PIAUÍ	
--	--	---------	--	-------------	--	-------------------	--	-----------	--	----------------	--	--------------------------	--	--------------------	--	---------------	--

☒ A própria Vilma ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco:	
Nome: _____	
2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
Data de Nascimento: 12/09/2018 CPF: 066.542.364-08	GLEILSON ASSIS DA SILVA

INVALIDEZ PERMANENTE em
 DAMS - Despesas Médicas
 Seguro DPVAT - Protocolo de Receção de Documentos
 Seguradora Líder - DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066286/19

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

CPF: 066.542.364-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do acidente: 12/09/2018

Seguradora: ITAU SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boleim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme a total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 22/02/2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA
CPF: 066.542.364-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

GEILSON ASSIS DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GELSON ASSIS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/86
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.108.037
DATA DO ATENDIMENTO	12/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	21:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDA E DA ÓRBITA ESQUERDA.
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, desorientado, Glasgow 13, com ferimentos corto-contuso na região frontal, abdomen sem queixas, torax com escoriações. Presença de fratura em órbita esquerda. Fratura infra-orbitária esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia FAST
TC de crânio
RX de torax
RX da pelve

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura de rebordo infra-orbitário esquerdo + parede lateral de órbita esquerda + fratura de teto de órbita, sem deslocamento.

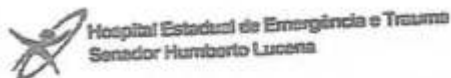
TRATAMENTO:

Fraturas sem necessidades de tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR:	13/09/18
DATA DA EMISSÃO:	26/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



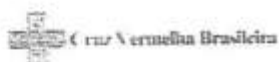
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1108037



Identificação do paciente					
ID 1325890	Nome GEILSON ASSIS DA SILVA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 02/09/1993	Idade 32 anos 10 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS			Pai GILVAN RODRIGUES DA SILVA		
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ANA MARIA RODRIGUES DA SILVA ASSIS - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 81	Fone Móvel 91422549	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3216309	Nº Cns 701003094120984			
Local de procedência IBIRAJUBA	Tipo MUNICIPIO		UF PE		
Email	Naturalidade ITAMBÉ	CBO/R			
Endereço					
CEP 58328000	Município de residência PEDRAS DE FOGO	UF PB	Logradouro WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS		
Número 157	Complemento	Bairro MANGUEIRA			
Admissão					
Data e Hora 12/09/2018 21:13:51	Número da pulseira 1000006282102		Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Piso de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou			
Sinais Vitais					
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
<i>Doença crônica</i> <i>Paciente vítima de acidente automobilístico</i> <i>com episódios de vômito, perda de consciência</i> <i>segundo relato dos envolvidos da ocorrência.</i>					
Diagnóstico					CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES					Tempo 01min 05seg





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

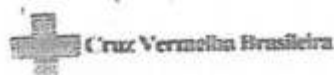
Tel:

CNES: 6121221

Paciente GELSON ASSIS DA SILVA	SAE 1100037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Saída				
Data de nascimento 02/09/1996	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 70100303-4120004				
Nome MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS			Telefone de Contato (01) 91422549				
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157			Prontuário				
Bairro MANGUEIRA			UF PB				
Município PEDRAS DE FOGO			Nº Cons. Regional 10650/PB				
Profissional JOSE PIRES DUTRA JUNIOR							
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51			Data/Hora Prescrição 12/09/2018 21:25:10				
Anamnese Paciente consciente, desorientado, glasgow 13, vítima de colisão moto-carro, sem uso de capacete, chega ao serviço sem protocolo de imobilização, apresentando ferimento cortico-contuso em fronte, sem sinais de sangramento ativo, apresentando escoriações em torax, abdome flácido, sem irritação peritoneal cd: exames, avaliação da neurocirurgia							
CUIDADOS SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA							
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO ULTRASSONOGRAFIA - FAST RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA) RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)							
CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T00.9</td> <td>Traumatismos superficiais múltiplos não especificados</td> </tr> </tbody> </table>				Código	Descrição	T00.9	Traumatismos superficiais múltiplos não especificados
Código	Descrição						
T00.9	Traumatismos superficiais múltiplos não especificados						
Conduta Em observação							

GEILSON ASSIS DA SILVA

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
(CRM: 10650/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente GELSON ASSIS DA SILVA	BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa
Data de nascimento 02/09/1998	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003894120094
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS			Telefone de Contato (81) 91422540
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157	Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHÃO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EVALDO SALES HONFI JUNIOR	Nº Cons. Regional 3905/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51		Data/Hora Prescrição 13/09/2018 00:10:50	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELA EQUIPE DO SAMU COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO MOTOXCAMINHÃO. NEGA DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA, DOENÇAS DE BASE, RELATA HEMATÊMESE, RELATA VACINAÇÃO CONTRA TETANO EM DIA.

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL, EM MACA, VIAS AEREAS PERVIAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, FCC EM REGIÃO PERIORBITARIA (E) + EDEMA E EQUIMOSE, BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, OCLUSÃO MANTIDA.

TC: OBSERVA-SE HEMOSSINUS EM SEIOS MAXILARES BILATERIAS + ESFENOIDAL + FRONTAL, OBSERVA-SE FRATURA DE REBORDO INFRA ORBITÁRIO (E) + PAREDE LATERAL DE ÓRBITA, FRATURA DE TETO DE ÓRBITA SEM DESLOCAMENTO. FRATURAS SEM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-ALTA BMF 3-AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL

CID10

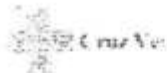
Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

GELSON ASSIS DA SILVA

EVALDO SALES HONFI JUNIOR
(: 3905/PB)



Hospital

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 612122

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA	BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Saída
Data de nascimento 02/09/1985	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003894120004
Mãe MARIA DAS GRACAS RODRIGUES DE ASSIS			Telefone de Contato (81) 91422549
Endereço WILSON RIBEIRO DE MENEZES, 157	Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CARRO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51		Data/Hora Prescrição 13/09/2018 00:51:36	

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente vítima de acidente automobilístico. Nega dor cervical.

Nega antecedentes relevantes.

Ao exame: ECG 12, 18, 21, 24, sem déficit focal.

TC Cranio: Sem alterações neurocirúrgicas de urgência.

Cd:

Oriento sinais de

Alta da Neurocirurgia

Conduta

Em observação

GEILSON ASSIS DA SILVA

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome GELSON ASSIS DA SILVA		
Data de 02/09/1986	Nº Boletim Emergência 1108037	Prontuário
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPosterior)
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

12/09/18
22:00
18

RAIOS-X

TPO ... 12/09/18
DATA ... 22:00
MORA ... 22:00
MORA ... 22:00
ASS: ...

12 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831567280

Data Nasc: 02/09/1986 - 32 anos

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data Exame: 12/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do seio maxilar, parede lateral da órbita esquerdas.

Material denso no interior dos seios paranasais, podendo corresponder a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 14/09/2018 23:06 .

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831567280

Data Nasc: 02/09/1986 - 32 anos

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data Exame: 12/09/2018

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosa relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 12/09/2018 23:35.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458550 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO PERIORBITAL ESQUERDA.
FRATURAS DE OSSOS DA FACE (ORBITAL ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458550 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO PERIORBITAL ESQUERDA.
FRATURAS DE OSSOS DA FACE (ORBITAL ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457951/18

Número do Sinistro: 3180596969

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do acidente: 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

DUT

Outros

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA
CPF: 066.542.364-08

GEILSON ASSIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Edson da Silva Martins
CPF: 132.129.557-08

Edson da Silva Martins

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457951/18

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do acidente: 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261992/19

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

CPF: 066.542.364-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/09/2018

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

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: 01/08/2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA
CPF: 066.542.364-08

GEILSON ASSIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261992/19

Número do Sinistro: 3190458550

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do acidente: 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentos de identificação

Outros

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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