

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**  
Nº Sinistro: **3180565776**  
Vítima: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**  
Data do Acidente: **17/09/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565776**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565776**

**Vítima:** GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

**Data do Acidente:** 17/09/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

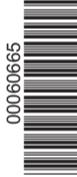
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180565776

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000061572-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	116.016.064-35	Geniclibson Mateus Bessa Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Geniclibson Mateus Bessa Santos	CPF:	116.016.064-35	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Agricultor	Rua vinte e um	5	Bessa	
Bairro:	Cidade:	PE	CEP:	56909 - 100
E-mail:		Tel.(DDD):	87-9634-4902	

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

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUZO 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

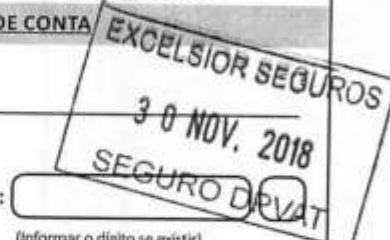
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0914  CONTA: 61542 (3)  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)



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

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

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

- Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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: Guarabatuba 09/11/2018  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

X Geniclibson Mateus Bessa Santos  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Renata M. S. Bavaipate  
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
 DINTER2/21ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0267004299**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/11/2018** às 15:31

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **17/9/2018** às 14:33

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, FAZENDA CIPO** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ZONA RURAL**  
 Local do Fato: **FAZENDA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
 GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS ( VITIMA )

EXCELSIOR SEGUROS  
 30 NOV. 2018  
 SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS

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

**GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mão: **SANDRA BESERRA NUNES** Pai: **GENIVAL ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/2/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9212560/SDS/PE (RG), 11601606435 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87988027254**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM, 05 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAO SE APLICA (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): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF7990** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KDO550CR308750**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DEPOL, OA VITIMA EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL**

**DESCRITO TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO EM DADO MOMENTO, PERDEU O CONROLE DA MESMA, VINDO A DERRAPAR E CAIR EM SEGUIDA. APOS O OCORRIDO, A VITIMA BUSCOU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPAM, ONDE FOI ATENDIDO PELO O DR. EBENONE, O QUAL CONSTATOU UM FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO, E DEPOIS A VITIMA, FOI OPERADA NA CLINICA SAO FRANCISCO.**

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

*Geniclebson mateus Beserra Santos*

**GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	116.016.064-35	Geniclibson Mateus Bessa Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Geniclibson Mateus Bessa Santos	CPF:	116.016.064-35	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Agricultor	Rua vinte e um	5	Bessa	
Bairro:	Cidade:	PE	CEP:	56909 - 100
E-mail:		Tel.(DDD):	87-9634-4902	

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

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUZO 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

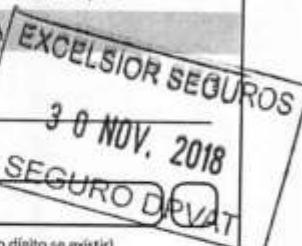
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0914  CONTA: 61542 (3)  
 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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: Guarabatuba 09/11/2018  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
X Geniclibson Mateus Bessa Santos  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Renata M. S. Bavaipate  
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

data / /

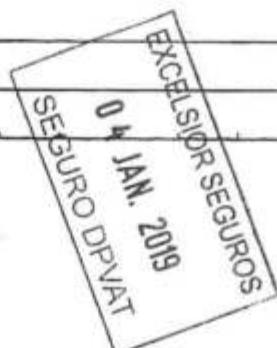
### Esclarecimento

Eu, Gonicleison Matheus, venho Esclarecer que eu não posso me Responder Bélgas por o medico não ten informado conforme a História do feito eu informei e que Aconteceu, não fui socorrido por Bombeiros, somente outros por que no momento não soube A necessidade Acentue que na Hora Achéi que não tinha fraturado nada, subi na moto e consegui chegar no hospital devido os dores e inchos muito fiquei assustado tive direto para o hospital pelo que se chegar foi constatado a fratura e em seguida, aguardando para o chamado da cirurgia, não tendo a moto se quiserem mandar investigações estou a disposição para qualquer esclarecimento.

peço a compreensão. Agradeço a compreensão e aguarda resposta por que existe uma sequela de foto. É a cide de toda sorte que o costume dos ortopedista se não chegar com Bombeiros, somente ou policial coisa que é morte no interior.

Serra Talhada, 04 de janeiro de 2019

Gonicleison Matheus Bezerra Santos.



## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data:	10/01/09	Hora:	10:20	Nº:	13
Nome:	Domingos Costa			Sexo:	M
Nascimento:	18/02/90			Estado Civil:	Solteiro
Escolaridade:	Início			Profissão:	Estudante
Mãe:	Angela dos Reis Alves			Responsável:	Alves
Endereço:	R. 11-N°5			Fone:	07-37149-4650
Bairro:	Centro	Município:	Itapetim	Fone:	07-37149-4650
Cartão SUS:				RG/CPF:	07-212-5600
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amorela	Indígena
TFA:	Pulso:	HGT	Temperatura:	Peso:	

História e Exame Físico:

Trun no pulso direito  
frac, rubor

(R)

Tratamento:

- ① fur deixa pula
- ② Voltsur — oral ①
- ③ Difícil ④

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUN 2009

SEGURO DPVAT.

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

6-1 ~ 24-10-09

Destino do Paciente:

Internado

Pronto-Socorro

Transferido

Evadido

Removido para o hospital.

Obito:

Res do dia

Dr. Celso Alves Jr. SCA  
CPF 882.723.544-20  
Médico Traumatologista

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

**Exames Solicitados:**

- |                                      |                                    |                          |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma   | <input type="checkbox"/> LCR       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glucose     | <input type="checkbox"/> Hb        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uroex       | <input type="checkbox"/> VDRL      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinase  | <input type="checkbox"/> CKMB      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tirograma   | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

## PREScrição MÉDICA

Medicação

Horário

Obs:

01 Valsartan 20 mg 01 Acido Paracetamol 500 mg	09:00	
		Noédia P. de Lima
		Tec de enfermagem
		COREN: 14835 - TEC-P

SIGNOS SÓCIOS

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado à Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VERA  
Eduardo

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000061572-3

---

Nr. da Autenticação A52E2666E1936A00



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/2002

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50.055-902  
CNPJ 15.833.832/0001-09 | Inscrição Estadual: 0005943-93 | www.cepeb.com.br

**DADOS DO CLIENTE:**  
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA FRANCISCO CLAUDIO 110**

CPF 308 710 384-1

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56912-130

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofamiliar

12278078019	09/2018
02/10/2018	25/10/2018
	245,82

Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Acróstico Bandeira VERMELHA,	282.000000	0,7528200	212,29
Contrib. Itum Pública Municipal			20,36
ICMS Subvenção-CODE-NF 021982132-26/08/18			8,86
ICMS Subvenção-CODE-NF 025729409-26/07/18			1,81
PRO-CRIANÇA(061)3412-8880 ue00 031 8889			1,73
			0,00

TOTAL DA FADA

**EXCELSIOR SEGUROS**  
30 NOV. 2018  
**SEGURO DPVAT**

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA DE LEITURA	ATUAL DATA DE LEITURA	MÉDIA DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MW)
3016210319		17/06/2013	17/06/2013	0	1,00000		280,00

PERÍODO	VALOR	VALOR DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTO	CONTRIBUIÇÃO PARA CUSTEIO	
					VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	VALOR DA CONTRIBUIÇÃO (%)
SET/18	262				R\$ 4,74	1,81%
AGO/18	262				R\$ 4,74	1,81%
SET/18	262				R\$ 45,82	17,18%
JUN/18	262				R\$ 14,21	5,35%
MAR/18	272				R\$ 11,72	4,04%
ABR/18	264				R\$ 71,48	26,27%
MAR/18	272				R\$ 232,84	100%
FEV/18	266					
JAN/18	238					
DEZ/17	240					
NOV/17	262					
OCT/17	262					

АТМОСФЕРА СЕВЕРНОГО ПОЛУСА

**CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS JÓVENES**

Os dados da rede apresentados acima, o instrumento de pesquisa usado para mensurar, deve serem considerados como resultado da experiência obtida no estudo de EPC e TANAKA, com determinadas condições de laboratório. As aplicações práticas devem ser feitas com cautela.

As a result of our research, we have developed a new model of the relationship between the two.

TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITES DE VARIAÇÃO (V)

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gericlécion Mateus Bezerra Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gericlécion Mateus Bezerra Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agricultor Renda: Máis informe e apresento os documentos comprobatórios:

**EXCELSIOR SEGUROS**

**30 NOV. 2018**

**SEGURO DPVAT**

Recuso informar

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

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

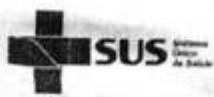
Endereço	Françisco Olavo	Número	110
Bairro	IPSEP	Cidade	Guarabálhada
Email		Telefone comercial(DDD)	Complemento CEP 56912 - 130 87-9634-4907

Guarabálhada, 21 de 11 de 2018

Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante

Assinatura do Declarante



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 622

Data:	14/09/17	Hora:	15:33	Nº:	22
Nome:	Genicelbson Matheus Pereira dos Santos			Profissão:	Sr. Jardineiro / Horta
Nome Social:				Estado Civil:	Solteiro
Nascimento:	18-02-93	Sexo:	masc	Responsável:	
Escolaridade:	8º ano				
Mãe:	Andrea Pereira Nunes				
Endereço:	rua 26 05				
Bairro:	Cohab	Município:	ST/PE	Fone:	0808-4254188
Cartão SUS:	402 1084 6823 8593	RG/CPF:			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL

#### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

#### Situação/Queixa:

Thru No not

PA:	P脉搏:	HGT:	T:	SpO <sub>2</sub> :	Peso:	Glasgow:
Medicamentos em uso: Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:			Carimbo e Assinatura:			

## ATENDIMENTO MÉDICO

## História e Exame Físico:

4. Hertz = 10

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

#### Tratamento:

TDS Bulk  
- salts water D  
- disinfect in G

Call # 2161000363  
Due 12/26/2007  
CCSER# 000540-023

#### Hipótese Diagnóstica:

first as the

### Carimbo e Assinatura:

**Dr. Ebenone Antônio da Silva**  
CRM 882.723.544-20  
~~Médico Traumatologista~~

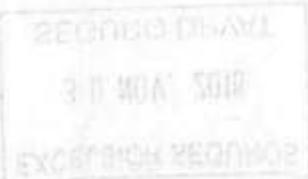
## CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:



### Exames Solicitados:

- |                                      |                                    |                          |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma   | <input type="checkbox"/> LCR       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose     | <input type="checkbox"/> HIV       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia       | <input type="checkbox"/> VDRL      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina  | <input type="checkbox"/> CKMB      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma   | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

## PREScrição MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VER - 17/09/2018

Notificado

(87) 9 8802 7254



Sistema  
Único de  
Saúde      Ministério  
da  
Saúde      Secretaria  
de Saúde  
Pernambuco



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

2 - CNES

2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

4 - CNES

2517124

## Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

816921560

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

601210876181258583

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

41861

9 - NOME DO PACIENTE

Genesilverson Santos B. Sámos

10 - DATA DE NASCIMENTO

18/02/03

11 - SEXO

Masc.  Fem. 

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Sâmano Bezerra Sámos

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

87988027254

14 - ENDERECO (RUA N° BAIRRO)

Rua Vinte e um, 5.

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

0261220

17-UF

18 - CEP

PE 56909100

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

— Da + Luta — Me  
10 tr

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

○ F21tus n trt

22 - CID. 10 PRINCIPAL

582-6

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

+12 cunica o +tr

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408.05049-7

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Ebenone Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 15.122  
CEM - Fone: 9.9916-0112

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (PROFISSIONAL MEDICO)

Dr. Francisco Anselmo Magalhães  
CPF: 123.456.054-49  
CRM: 3882

18/09/18

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ( ) CNPJ DA SEGUROADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SERIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CBOH

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

51-N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DOCUMENTO

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

22/09/18



HOSPITAL  
SAO FRANCISCO

### HÓSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silviano Góes, 993 - Centro - Serra Talhada - PE  
Fone/Fax: (071) 3831-3736 / 2831-2747 - CEP: 52.917-110  
CNPJ: 41.001.563/0001-99 - e-mail: cht@uol.com.br

CLÍNICA

CIRURGICA

Data do Atendimento:	25/09/2018	Prontuario:	00041861	Registro:	00087417	Convênio:	SUS INTERNACAO
----------------------	------------	-------------	----------	-----------	----------	-----------	----------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data Nascimento:	18/02/1993	Idade:	25 Anos, 7 Meses	Sexo:	MASCULINO	Cor:	PARDA
------------------	------------	--------	------------------	-------	-----------	------	-------

Estado Civil:	SOLTEIRO(A)	Profissão:	AJUDANTE	Naturalidade:			
---------------	-------------	------------	----------	---------------	--	--	--

Filiação: Pai:	GENIVALDO ALVES DOS SANTOS	Mãe:	SANDRA BESERRA NUNES				
----------------	----------------------------	------	----------------------	--	--	--	--

Endereço:	RUA VINTE EUM	Nº:	5
-----------	---------------	-----	---

Bairro:	COAHB	Cidade:	SERRA TALHADA	Estado:	PE	Telefone:	988027254
---------	-------	---------	---------------	---------	----	-----------	-----------

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito [ ]	Acidente de Trabalho [ ]	Outros Acidentes [ ]	Agressão [ ]
--------------------------	--------------------------	----------------------	--------------

Suicídio [ ]	Casual [ ]	Outros [ ]
--------------	------------	------------

Nome do Acompanhante:	Telefone para Contato:
-----------------------	------------------------

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS

Tumor no tórax (0)

Diagnóstico Inicial:

Tumor no tórax (0)

S.A.D.T

Diagnóstico Final

Oncogeriá.

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [X]

Decisão Médica [X]

Data do Internamento: 25/09/2018

Inalterado [ ]

Alta a Pedido [ ]

Data da Alta: \_\_\_\_\_

Piorado [ ]

Transferência [ ]

Óbito+48h [ ]

Evasão [ ]

Óbito-48h [ ]

Indisciplina [ ]

Óbito em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Ebenor A. Silva  
Ortopedista / Traumatologista

Médico Responsável

Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:
Data:	Início:	Término:
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

- Anestesia
- Assessoria
- Acesso articular.
- 01 Placa 112, anel 3.5
- 04 Parafuso ext.
- Sutura.

Dr. Ebenezer A. Silva  
Ortopedista / Traumatólogo

Assinatura do Cirurgião



EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

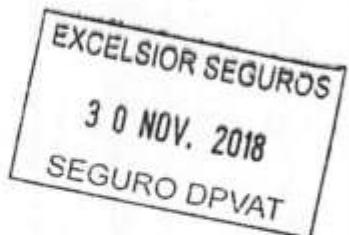




## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA  
BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME  
DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 09 de 11 de 2018



X Giovanni Batista Bezerra Santos

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180565776      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENICLEBSON MATEUS BESERRA      **Data do acidente:** 17/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
SANTOS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180565776      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENICLEBSON MATEUS BESERRA      **Data do acidente:** 17/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
SANTOS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Martha Maria Rausch de Queiroga".

## Procuração

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

1. Outorgante Genicleison Mateus Bezerra Santos,  
portador(a) do documento de identidade nº 9.212.560, expedido por SOS-PE, em  
01/06/2013, inscrito no CPF sob o nº 116.016.064 - 35, residente na  
Rua Vinte e Um, nº 5,  
complemento Casa, Bairro Vila Maré, cidade  
Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante,  
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em  
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na  
Rua Francisco Olavo, nº 110,  
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade  
Serra Talhada, Estado PE.

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

Serra Talhada 09 de 11 de 2018

Outorgante X Genicleison Mateus Bezerra Santos



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE  
Titular: RESINALDO ANÍSIO DA SILVA  
Telefone: (87) 38311-824

Reconheço a Firma por Autenticidade de GENICLEISON  
MATEUS BEZERRA SANTOS. Deu Pw: Serra Talhada - PE. Em  
Teste ( ) da verdade. ( ) Resinaldo Anísio da Silva  
- Titular. ( ) Maria Lúcia de Souza - Substituta. Enol.  
- R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. IS: 0074872

Salvo: 0074872.PWN11201801.04773 21/11/2018 14:50:51  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

EXCELSIOR SEGUROS  
30 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434963/18

**Vítima:** GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTO:

**CPF:** 116.016.064-35

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/09/2018

**Titular do CPF:** GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

### GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS : 116.016.064-35

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](http://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: 30/11/2018  
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE  
CPF: 051.394.744-25

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018  
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO  
CPF: 097.679.434-98

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO