

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

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDECI IZIDORO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML 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. 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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALDECI IZIDORO 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

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

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDECI IZIDORO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar

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. 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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALDECI IZIDORO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

617.567.334-49

Nome completo da vítima

ALDECI IZIDORO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ALDECI IZIDORO DA SILVA	CPF titular da conta	617.567.334.49	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	FAZENDA SACO DO ROMÃO	Número	490	Complemento	FAZENDA.
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	FLORES	Estado	PE
Email	macedomaria1@yahoo.com.br	Telefone (DDD)	(81) 3831.6718	CEP	56850-000

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

1060

NRO.

X

CONTA

11155

NRO.

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____ NRO. _____

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

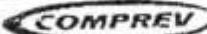
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

FLORES/PE, 03 de SETEMBRO de 2018

Local e Data


 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

12 DEZ 2018

PROTOCOLO
 AGENCIA RECIFE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES - DP179ªCIRC
DINTÉR2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0269000574**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2017** às **11:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 19/12/2017 no período da **Tarde**

Este ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, PE337, PROXIMO AO ANTIGO MATADOURO** - Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR) AGENTE
ALDECI IZIDORO DA SILVA (VITIMA)


Akson Leite
Agente
Mat 221.100-9

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALDECI IZIDORO DA SILVA**

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

ALDECI IZIDORO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CARMELITA MARIA DA SILVA IZIDORO** Pai: **JOSE IZIDORO SOBRINHO** Data de Nascimento: **25/12/1967** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SITIO SACO DO ROMAO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALDECI IZIDORO DA SILVA** que estava em posse do(a) **ALDECI IZIDORO DA SILVA**
Local Fato: **Motocicleta Honda CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Local Fato: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEQS157** (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: **338794360** Chassi: **9C2KC1650BR536661**
Local Fato: **Modelo 2011/2011**


COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
12 DEZ 2018
PROTOCOLO
19/12/2017 10:51

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE O SR ALDECI VEM A ESTA DEPOL INFORMAR QUE TRAFEGAVA COM A SUA MOTOCICLETA, SUPRACITADA, NA PE337, PROXIMO AO MATADOURO ANTIGO QUANDO, NA CURVA, PERDEU O CONTROLE E CAIU. FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE FLORES POR POPULARES. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

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

Aldeci Izidoro da Silva

ALDECI IZIDORO DA SILVA
(VITIMA)



O.O. registrado por: **AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE MAT. 221100-9** - Matricula: **221100-9**



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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:
3180583110	617.567.334-49	ALDECIRIZIDORO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ALDECIRIZIDORO DA SILVA	Endereço: FZ. SACO DO ROMÃO	CPF: 617.567.334-49
Profissão: Recusa-se	Bairro: FLORES-RURAL	Número: 490
	Cidade: FLORES	Complemento:
	Estado: PE	CEP: 56850-000
		Tel.(DDD):
E-mail:		

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA 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 OPCIÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: **1060** CONTA: **1155** **4**
 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Recife-PE, 21/03/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RG

Aldecir Izidoro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura: **21 MAR 2019**

2º | Nome: _____
 CPF: _____

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

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 RG, 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.

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



27
FLORES

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES
Fundo Municipal de Saúde
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

69 anos

Data e Hora: 03-10-2017 14:48	Nº. Ocorrência
Nome: Aldeci Izidoro da Silveira	Data Nascimento: 25-12-67
Profissão: Motorista	Sexo: M
Fone.: 398484638	SUS: AC0484955911146
End.: Sítio Saco do Romão	
Responsável: O mesmo	
Tipo de Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta	

Pressão Arterial: 120x90. HGT: P脉: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

Queda de moto 4h t 7 horas, desmaio; viuvelo; dor no relato amiss.

Tratamento:	① DIPRIVAN 100 mg + ADI EV ② DEXAMETASONA 4mg 1/2 ampola + ADI EV ③ VOLTMEN 100 mg + 1000 ml ④ SOLICITO RADIOGRAFIA DE TORNOLCO DIREITO E JOELHO.
-------------	---

Impressão Diagnóstica:

ACIDENTE MOTOCICLETA

Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital	 COMPREV REC. AGÊNCIA RECIFE		
Óbito às . horas do dia	COMPREV REC. AGÊNCIA RECIFE 12 DEZ 2018		
Médico - Carimbo e CRM:	Dr Ismael Quintino Médico CRM-PE 21486 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE		



27
FLORES

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES
Fundo Municipal de Saúde
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

69 anos

Data e Hora: 03-10-2017 14:48	Nº. Ocorrência
Nome: Aldeci Izidoro da Silveira	Data Nascimento: 25-12-67
Profissão: Motorista	Sexo: M
Fone.: 398484638	SUS: AC0484955911146
End.: Sítio Saco do Romão	
Responsável: O mesmo	
Tipo de Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta	

Pressão Arterial: 120x90. HGT: P脉: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

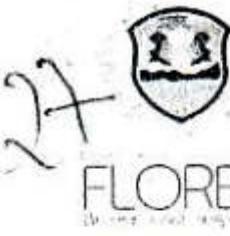
Queda de moto 4h t 7 horas, desmaio; vidente; dor no relato amiss.

Tratamento:	① DIPRIVAN 100 mg + ADI EV ② DEXAMETASONA 4mg 1/2 ampola + ADI EV ③ VOLTMEN 100 mg + 100ml ④ SOLICITO RADIOGRAFIA DE TORNOLCO DIREITO E JOELHO.
-------------	---

Impressão Diagnóstica:

ACIDENTE MOTOCICLETA

Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital	 COMPREV REC. GENÉCIA SIA		
Óbito às . horas do dia	COMPREF ID: 12 DEZ 2018		
Médico - Carimbo e CRM:	Dr Ismael Quintino Médico CRM-PE 21486 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE		



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

69 anos

Data e Hora: 03-10-2017 14:48	Nº. Ocorrência
Nome: Aldeci Izidoro da Silveira	Data Nascimento: 25-12-67
Profissão: Agricultor	Sexo: M
Fone.: 998484638	SUS: A00404955911146
End.: Sítio Soco do Romão	
Responsável: O mesmo	
Tipo de Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	
<input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta	

Pressão Arterial: 120x90. HGT: P脉: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

Acidente de moto há + 2 horas,
desmaio; viu a moto; dor no pé direito
e mija.

Tratamento:

① DIPRIVONA 1/2 ampola + ADI EV

② DEXAMETASONA (4mg) 1/2 ampola + ADI EV

③ VOLATREM 1/2 ampola, 1 ml

④ SOLICITO RADIOGRAFIA DO TORNOCOLO DIREITO
E JOELHO.


COMPRE SUA PREVIDÊNCIA SIA

23 ABR 2019

Impressão Diagnóstica:

PROTÓCOLO

ACIDENTE MOTOQUEIRO - UNIDADE RECIFE

Destino do Paciente

Residência

Internado

Transferido

Removido para Hospital

Óbito às : horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr Ismael Quintino
Lima



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421710520

NAME ALDECIR IZIDORO DA SILVA	DOC. IDENTIDADE / CÓD. EMISSOR / UF 4090029 SSP PE	
	CPF 617.567.334-49	DATA NASCIMENTO 25/12/1967
FILIAÇÃO JOSE IZIDORO SOBRINHO		
CARMELITA MARIA DA SILVA IZIDORO	PERMISSÃO ACC	CAT. HAB. A2
Nº REGISTRO 04056819670	VALIDADE 29/03/2018	HABILITAÇÃO 13/03/2007

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Motorista
Assinatura do Detritor
LOCAL
SERRA TALHADA - PE
DATA EMISSÃO
30/03/2017
Assinatura do Emissor
CIA/PE - Charles Andrade Souza Almeida
Dir. Exec. Presidente
Assinatura do Emissor
44456892165
PK078463573
PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421710520

COMPREV
COMPRA VIDA INDEPENDÊNCIA S/A
12 DEZ 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583110 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA **Data do acidente:** 03/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO MEMBROS INFERIORES E MEMBROS SUPERIORES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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-0447944/18

Número do Sinistro: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

CPF: 617.567.334-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/04/2019
Nome: ALDECI IZIDORO DA SILVA
CPF: 617.567.334-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

ALDECI IZIDORO DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA