
Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200153167

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDEILSON 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, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200153167 Vítima: VANDEILSON DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VANDEILSON DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Procuração	Apresentar procuração, original ou cópia autenticada, com poderes específicos para solicitar o Seguro DPVAT, inclusive podendo apresentar e firmar documentos, pois não foi entregue. Veja no nosso site as informações e instruções para a elaboração da procuração que deverá estar assinada pelo outorgante, com reconhecimento da firma por autenticidade.

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

Carta nº 15720770



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200153167

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDEILSON DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: VANDEILSON DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000037050-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0221000570

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/09/2018 às 10:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/7/2018 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: **CAPELA NOVA, 1, ESTRADA DO POVOADO DE CAPELA NOVA** - Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO (OUTRO)
VANDEILSON DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

VANDEILSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROZÉLIA SEVERINA DA SILVA** Pai: **VANDERLY SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1996** Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **CAPELA NOVA, 1, RUA DA QUADRA - CEP: 0** - Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO / BRASIL**

ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VANDEILSON DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR1523 (PERNAMBUCO/TORITAMA)** Renavam: **996097589** Chassi: **9C2KC1650ER018996**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA (VANDEILSON) VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OYR-1523, PELA ESTRADA DE CAPELA NOVA TRAFEGANDO NO SENTIDO CAPELA NOVA PARA O SÍTIO JACARÉ, MAS NO MEIO DO PERCURSO, DEVIDO AO EXCESSO DE AREIA NA ESTRADA, A MOTO DERRAPOU E POR ISSO A VÍTIMA PERDEU CONTROLE DA MOTO E POR CAUSA DISTO CAIU DA MOTO E VEIO A SOFRER VÁRIAS LESÕES CORPORAIS. LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NA CIDADE DE MORENO.

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

R Vandilson da Silva

VANDEILSON DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANDERSON DUGLEY PEREIRA DA COSTA** - Matrícula: **296784-7**



FEITO DO SEGURO DPVAT

[illegible][illegible][illegible]

1. Nome do animal: 2. Sexo: 3. Idade: 4. Data de nascimento: 5. Data de morte: 6. Data de captura: 7. Data de liberação: 8. Data de observação: 9. Data de coleta: 10. Data de análise: 11. Data de deposição: 12. Data de deposição: 13. Data de deposição: 14. Data de deposição: 15. Data de deposição: 16. Data de deposição: 17. Data de deposição: 18. Data de deposição: 19. Data de deposição: 20. Data de deposição: 21. Data de deposição: 22. Data de deposição: 23. Data de deposição: 24. Data de deposição: 25. Data de deposição: 26. Data de deposição: 27. Data de deposição: 28. Data de deposição: 29. Data de deposição: 30. Data de deposição: 31. Data de deposição: 32. Data de deposição: 33. Data de deposição: 34. Data de deposição: 35. Data de deposição: 36. Data de deposição: 37. Data de deposição: 38. Data de deposição: 39. Data de deposição: 40. Data de deposição: 41. Data de deposição: 42. Data de deposição: 43. Data de deposição: 44. Data de deposição: 45. Data de deposição: 46. Data de deposição: 47. Data de deposição: 48. Data de deposição: 49. Data de deposição: 50. Data de deposição: 51. Data de deposição: 52. Data de deposição: 53. Data de deposição: 54. Data de deposição: 55. Data de deposição: 56. Data de deposição: 57. Data de deposição: 58. Data de deposição: 59. Data de deposição: 60. Data de deposição: 61. Data de deposição: 62. Data de deposição: 63. Data de deposição: 64. Data de deposição: 65. Data de deposição: 66. Data de deposição: 67. Data de deposição: 68. Data de deposição: 69. Data de deposição: 70. Data de deposição: 71. Data de deposição: 72. Data de deposição: 73. Data de deposição: 74. Data de deposição: 75. Data de deposição: 76. Data de deposição: 77. Data de deposição: 78. Data de deposição: 79. Data de deposição: 80. Data de deposição: 81. Data de deposição: 82. Data de deposição: 83. Data de deposição: 84. Data de deposição: 85. Data de deposição: 86. Data de deposição: 87. Data de deposição: 88. Data de deposição: 89. Data de deposição: 90. Data de deposição: 91. Data de deposição: 92. Data de deposição: 93. Data de deposição: 94. Data de deposição: 95. Data de deposição: 96. Data de deposição: 97. Data de deposição: 98. Data de deposição: 99. Data de deposição: 100. Data de deposição:

38 - Name of the individual	39 - Date of birth
40 - Place of birth	41 - Sex
42 - Nationality	43 - Religion
44 - Occupation	45 - Education
46 - Marital status	47 - Number of children
48 - Address	49 - Telephone number
50 - Other information	51 - Signature

46 Loc. 1105, Tsukuma, 20.06.2020

Ward, J. W.

* **Abstracts** are available in English, French, German, Italian, Japanese, Korean, Spanish, and Swedish.

Assistant Program Manager

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: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDEILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000037050-2

Nr. da Autenticação 9B186FE6FC144D61

100

1997

[illegible]

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu, Adriano Manoel A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vanderilson da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.827.634 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Vanderilson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.827.634 / 14, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>Rua Frei Batista</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Jurubá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55450-000</u>
E-mail <u>_____</u>		Telefone comercial (DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-99161</u>

Centrop 20 de Abil de 2020
Local e Data

Adriano M. A. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

Toritama, 13 de Setembro de 2018.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 130/2018

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **VANDEILSON DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **VANDEILSON DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 115.530, no dia 22/07/2018, foi atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro: 15.330.20.11	Hora: 11	Nome do Paciente: Vitorilson Da Silva	Sexo: M	Data de Entrada: 22-07-2018
Idade: 22	RG: 4304.642.580/AE	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil: Solteiro
Data de Nascimento: 24/04/1996	Naturalidade: Fontana			
Endereço: Vila São Bento	Número:	Complemento:		
Cidade: Fontana	Bairro: 22	UF: RS	CEP:	
SUS: 898.0034.7568.6049	Profissão:			
Nome da Mãe: Roselma Sarmento da Silva	Nome do Pai: Vitorilson da Silva			
Nome do Responsável: O mesmo	Telefone: 9105.1274			

PA (20 x 80)	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:	SpO ₂ com O ₂	L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: ☒ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ASSINATURA E CARIMBO					

HDA: Pt. apresenta queixa de dor no abdômen há 2 dias. Pt. refere dor em...

A. V. no exame físico

B. M. no exame físico

C. R. no exame físico

D. ECG: 15

E. ...

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP.

EXAME GERAL	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA	NEUROLÓGICO:
ACV:	GLASGOW:
AR:	NUCA
ABDOMEN	PUPILAS:
MEMBRAS:	PELE:

Diagnóstico Provisório: CCE / Lesão / Fratura de ...

Alergias: () Sim

Conduta: 1. S. S. R. ... 2. ... 3. ...

4. ... 5. ... 6. ...

Carlos Branco
MÉDICO
CRM 26840

3. Transf. 1 AMP IV.

Carlos Branco
MÉDICO
CRM 26840

MÉDICO (CRM)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

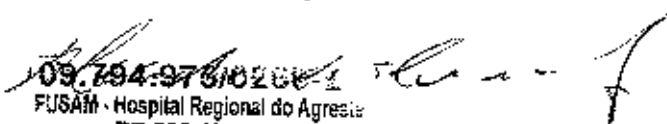
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Vandeilson da Silva** ,com Registro Hospitalar: **322174**, esteve interno nesta Unidade de saúde no dia, **23/07/2018 a 23/07/2018**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Caruaru 19 de Março 2019


09.794.976/0200-1
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 431232

Prontuário: 322174

Nome: VANDEILSON DA SILVA

Data Nasc.: 24/04/1996

Idade: 22

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF:

RG: 9304672

CNS: 898003475686149

Nº: 0

Endereço: VILA SÃO BENEDITO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: TORITAMA

Estado: PE

CEP: 55125000

Fone: 991167233

Profissão: AUXILIAR DE COSTURA

Nome da Mãe: ROZELIA SEVERINA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA

2. ATENDIMENTO

Data: 23/07/2016

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Tratado no pronto socorro com
Albutorol 40 mg

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

Exame físico sem alterações clínicas

Diag. Provisório:

Fratura Clavícula

Rx: Fratura 1/3 clavícula esquerda

Prescrição:

Dieta:

Data:

Horário

10/1/17 12h

10/3/17 14h

Dr. Mauricio P.R.
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Quilômetro
16.800 - TORITAMA - PE

~~SECRET~~

[illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido _____ () Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento
☐ Paciente
 ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

 Assinatura

Diag. Definitive:

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadido-se ☐ Termo de Alta a Pedido

☒ Transferência: _____ ☐ Internamento

Prodição de 1941

() Curado () Melhorado () Instaurado () Óbito

Data: 23/12/11 Hora: Médico: CRM:

2 of 2

Dr. Maurício de
Oliveira Lima
Cirurgião do Otorrinolaringo
CRM-PR: 15.693 (R2)

Usuario do Atendimento
MENDSONABC

Atendimento: 287165 Entrada: 23/07/2018 Hora: 23:11
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Recepcionista: ELIANE SOARES DA SILVA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898003475686149

Paciente: 1616048 VANDEILSON DA SILVA
Nascimento: 24/04/1996 (22 Anos e 4 Meses)
Endereço: RUA ALEXANDRE DE GUSMÃO
Bairro: CORDEIRO C.E.P.: 50630-840
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: VANDERLY SILVA
Mãe: ROZELIA SEVERINA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 9304672 - SDS - PE
Telefone: / 94133167
G.Instrução:
Ocupação: COSTUREIRO
Naturalidade: TORITAMA PE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17765)

Queixa do paciente:

PCT REFERE ACIDENTE DE MOTO, HÁ CERCA DE 5H,
REFERE DOR EM OMBRO D. REFERE VÔMITOS E PERDA DE CONSCIÊNCIA.
NEGA DEMAIS QUEIXAS.

Exame físico:

EGB
ECG:15
DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO D.
RX DE OMBRO: FRAT DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA

Hipótese diagnóstica:

TCE
FRAT DE CLAVÍCULA.

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - DAPIRONA 01 AMP + AD EV.	
02 - VOLTAREN 1 AMP IM	
03 - IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA	
04 - SOLICITO AVALIAÇÃO DE CLÍNICO.	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

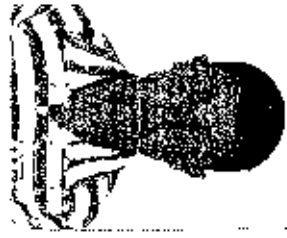
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE FISCALIAZAO SOCIAL

INSTITUTO DE DENUNCIAÇÃO DE FISCALIZACAO

CAC-05





VANDEILSON DA SILVA

REGISTRO DE IDENTIFICACAO

VA. DADOS TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIFICACAO

9.304.672

DATA DE EMISSAO

28/09/2011

IDENTIFICACAO

<< VANDEILSON DA SILVA >>

IDENTIFICACAO

<< VANDERLY SILVA >>

<< ROZÉLIA BEVERINA DA SILVA >>

NOME DO TITULAR

TORITAMA - PE

DATA DE NASCIMENTO

24/04/1996

IDENTIFICACAO

<< CN. 19354 L. 12-A F. 30 CART. TORITAMA-PE. 29.11.2003. >>

IDENTIFICACAO

SECRETARIA DE FISCALIAZAO SOCIAL

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

702.827.634-14

Nome

VANDEILSON DA SILVA

Nascimento

24/04/1996

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

VALIDAÇÃO NACIONAL
 1421884961



NOME
ADRIANA MARIA NOBRE DE ASSUNÇÃO FERREIRA
 RG: 2810589-0
 DATA NASCIMENTO: 25/07/1974
 FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE NOBRE
 ENDEREÇO: LEMBRANÇA FERREIRA DE NOBRE
 CIDADE: PE
 DATA EMISSÃO: 17/04/2017

PROBIÇÃO DE USO
 1421884961



DATA EMISSÃO: 10/04/2017
 53386755800
 88078995372
PERNAMBUCO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119182/20

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

CPF: 702.827.634-14

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANDEILSON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

VANDEILSON DA SILVA : 702.827.634-14

Autorização de pagamento
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.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: VANDELSON DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
IDENTIDADE: 9.404.572-5/RS/PE CPF: 702.831.834-14
DATA DO ACIDENTE: 22/07/2018
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: VANDELSON DA SILVA
ENDEREÇO: VILA CAJUMBA, Nº 13, CAJUMBA, TORITAMA-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALEIQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECURSO REFORMAR
IDENTIDADE: 4.619.388-3/SP/PE CPF: 385.184.414-04
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº 10, BARRIO CENTRO, S. JUSUBIA-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, COMEÇO E CONSTITUO MEU APOSTANTE PROCURADOR E DO DELEGADO AGORA QUALIFICADO, A QUEM CONFIJO PODER PARA PRESENTAR E PEDIR NESTA SECURADORIA QUE CONSTITUO CONSORCIO DE SEGURO OBRIGATORIO DE VIT. SOBENDO TUDO O PROCURADOR MOURA DE ALEIQUERQUE FERNANDES DE ATESTAMENTO, COPIAS DE PRONTUARIOS JUNTO A HOSPITAL, COPIA VITIMA PELO ATENDIMENTO E DECLARACAO DE ATENDIMENTO JUNTO A HOSPITAL DO SAUDE RESPONSAVEIS PELO SOCORRO A VITIMA.

TORITAMA - PE 20 DE ABRIL 2021



ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FRENTE POR AUTENTICIDADE

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.
Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Às
Seguradoras Consorciadas

Assunto: Projeto Movimentação Remota – Identificação de Sinistros pendenciados com possibilidade de prosseguimento por meio de ações que independem de contato presencial

Prezados Senhores,

1. Como é de conhecimento de todos, em 7/2/2020, foi publicada a Lei 13.979, de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 e indica as condições para aplicação de isolamento e quarentena, conforme o caso.
2. Em 20/3/2020, foi publicada a Medida Provisória nº 926, de 2020, que alterou a referida lei para, dentre outros temas, permitir às autoridades, no âmbito de suas competências, a adotar medidas de restrições à circulação de pessoas, resguardando o exercício e funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais. Ainda nessa data, o Decreto Legislativo nº 6, de 2020, estabeleceu estado de calamidade pública em razão da emergência de saúde pública de importância internacional relacionada ao coronavírus (Covid-19).
3. Diante desse cenário de restrição à circulação de pessoas e de concentração de esforços para o atendimento às pessoas com suspeita ou comprovada contaminação pelo Covid-19, entendemos que os beneficiários do Seguro DPVAT poderiam ter nos recursos providos por esse seguro um apoio nesse momento de grande dificuldade para toda a sociedade. Por outro lado, poderiam esses mesmos beneficiários encontrar dificuldades na obtenção de documentos que foram objeto de pendenciamento em sinistros já avisados e cujos prazos estavam interrompidos.
4. Da análise das bases de dados e documentos relativos à regulação de sinistros, identificou-se que alguns documentos, ou informações pendentes, poderiam ser fornecidas pelos interessados sem a necessidade de deslocamento a quaisquer órgãos, ou obtidas pela Seguradora Líder com o uso de tecnologia.
5. Nesse contexto e visando dar prosseguimento a regulação desses sinistros, a Seguradora Líder desenvolveu o Projeto Movimentação Remota ("Projeto") que é composto por uma série de análises e ações diferenciadas em relação àquelas atualmente adotadas na operação do Seguro DPVAT, e que serão utilizadas somente enquanto perdurar o cenário de quarentena e a limitação de circulação de pessoas em razão da pandemia da COVID-19.
6. Cabe destacar que, como as ações da seguradora não devem estimular o deslocamento e o contato presencial de pessoas, foram selecionados apenas sinistros que possam ser movimentados por meio de ações remotas.
7. Sendo assim, serve o presente Comunicado para convidá-los a participar desse Projeto pioneiro e desafiador que dependerá de um esforço conjunto e da parceria entre a Seguradora Líder e

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Seguradoras Consorciadas para atuação nos sinistros administrativos pendenciados na etapa de regulação, com a finalidade de se buscar a finalização dos processos e, quando pertinente, o pagamento das respectivas indenizações, mediante o exame do conjunto probatório de todo o processo de sinistro e a verificação do direito do Beneficiário.

8. A participação no Projeto é simples e inicia-se com o envio à Consorciada de grupos de sinistros que serão organizados com base no tipo de documento que será tratado pela Seguradora Líder. Em seguida, caberá à Consorciada realizar a movimentação do processo para “Concluir Regulação”. Caso, eventualmente haja alguma outra providência operacional a ser tomada no SISDPVAT, será enviado e-mail com os sinistros e os respectivos esclarecimentos acerca das medidas necessárias para movimentação.
9. Esclarecemos, por fim, que a seleção dos processos de regulação inseridos no Projeto, considerando as premissas expostas, já foi realizada pela Seguradora Líder. Logo, não será permitida a indicação de outros casos pelas Consorciadas, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto em relação aos sinistros:
 - (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
 - (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.
10. Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação dos sinistros avisados durante o período determinado deste projeto.
11. Em breve, iniciaremos o envio dos grupos de sinistros a cada Consorciada com instruções complementares.
12. Contamos com o empenho e agilidade das equipes envolvidas no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.
13. As dúvidas deverão ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br e no assunto, deve constar: **Projeto Movimentação Remota**.

À disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários, contamos com a colaboração de todos.

Atenciosamente,

Diretoria de Operações e Tecnologia da Informação - DOPTI
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119182/20

Número do Sinistro: 3200153167

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

CPF: 702.827.634-14

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANDEILSON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Procuração

VANDEILSON DA SILVA : 702.827.634-14

Autorização de pagamento

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.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200153167 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDEILSON DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.4
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75