

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

58521348487

4 - Nome completo da vítima:

EDINOBSSON DOS SANTOS FERNAN

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

5 - Nome completo:

EDINOBSSON DOS SANTOS FERNAN

6 - CPF:

58521348487

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA - FREI MIGUELINHO

9 - Número:

299

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CRUZ DE REBOLCAS

12 - Cidade:

IGANASSU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625813

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 9.8790-9451

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

08/09/2020 P. L. S. S.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

58521348487

4 - Nome completo da vítima:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNAN

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

5 - Nome completo:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNAN

6 - CPF:

58521348487

7 - Profissão:

VI GILANTE

8 - Endereço:

RUA. FREI ALFREDO LIMA

9 - Número:

299

11 - Bairro:

CURRAL DE BOLAS

12 - Cidade:

IGARASSU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625813

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1294

CONTA: 26068

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(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 de valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia-concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima teve nascituro (bebê nascido)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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.

34

Impressão digitalizada
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

08/09/2020 Pefis

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTÓCOLO: Nº 20029970801



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por: LEONE SILVA, matrícula 2202184, Policial Rodoviário Federal, em 28/03/2020, conforme Decreto Oficial da Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.639, de 8 de outubro de 2015 e seu alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20029970801 e o número de controle 0A83E78377C2370453/A923C724F9.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20029970801

INFORMAÇÕES GERAIS

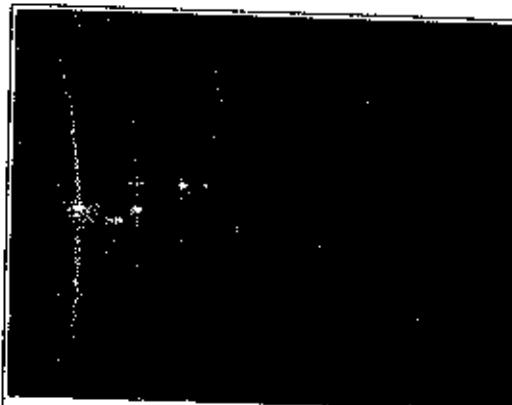
Data: 23/06/2020 Hora: 21:10 Município: MORENO/PE
BR: 232 KM: 24,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: LEONE SILVA, 2202184

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Sim
Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO DECRESCENTE



SENIDO CRESCENTE

NARRATIVA

<<Introdução>> No dia 23/06/2020, por volta das 21h10, no km 24 da BR- 232, em Moreno-PE, ocorreu um acidente do tipo colisão com objeto estático, seguida de Tombamento, saída de leito carroçável e queda de ocupante de veículo, com 1(uma) vítima com lesão leve. O veículo envolvido foi a motoneta JTA/SUZUKI AN125. <<Conclusão>> Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 ao tentar acessar a faixa de trânsito, sentido Caruaru-PE, colidiu sua carenagem inferior no pavimento da via(marcas na parte inferior do veículo e desnível do pavimento), fazendo com que o condutor perdesse o controle do veículo(marcas de atrito entre V1 e o pavimento - 5m), vindo a tombar(marcas na lateral de V1). Com o tombamento, V1 saiu do leito carroçável(local de objetos desprendidos de V1), onde seu condutor foi projetado(local de Impobilização do condutor). A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, conclui-se que o fator principal do acidente foi a colisão da parte inferior de V1 com o desnível no pavimento. <<Observações>> 1 - Na chegada da PRF, o condutor estava sendo socorrido pela equipe do SAMU/Moreno. 2 - V1 ficou sob responsabilidade do Sr. Jean Santos de França, CPF 036.154.294-92, amigo da vítima. 3 - Não foi possível realizar o teste de etilômetro no condutor de V1. O mesmo também não estava em condições de preencher o TDE. 4 - Na chegada da equipe ao local V1 já havia sido deslombada por populares. 5 - O limite de velocidade para a V1 é de 110 km/h.



Autenticidade
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202184, Policial Rodoviário Federal, em 23/06/2020, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20029970801 e o número de controle 0AA3E78877C2370453A923C724479.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20029970B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



1. Ponto de colisão (lat: -8,108104; long: -35,103156)
2. Trajetória de V1-ajos colisão com a via(Sa).

3. Conduzir de V1.
4. Tombamento de V1.

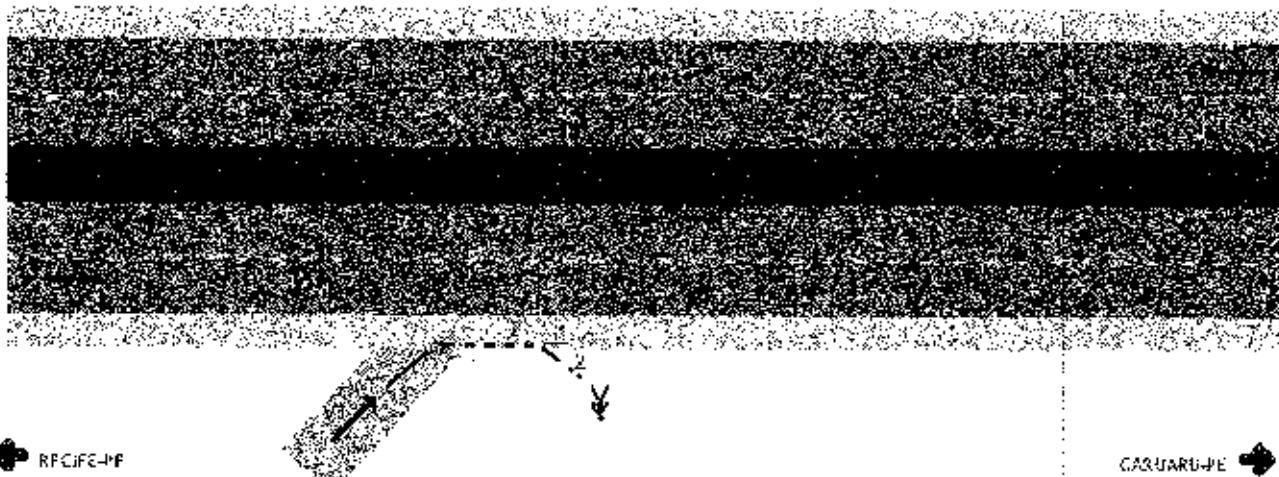
5. Velocidade máxima para V1: 110km/h
6. Trajetória de V1 após tombamento(4m).

Local parcialmente preservado

2. Trajetória de V1-ajos colisão com a via(Sa).

3. Tombamento de V1.

4. Trajetória de V1 após tombamento(4m).



RFICF-PR

CASUARINA

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Evento	Local	Velocidade (km/h)	Velocidade (km/h)	Veículos Envolvidos
1	Colisão com objeto estático				V1
2	Tombamento				V1
3	Saída de leito carroçável				V1
4	Queda de ocupante de veículo				V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Distância (m)	Distância (m)	Altastamento (m)
1	V1			
2	V1			
3	V1			
4	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

tipo de Organização	Setor	Companhia



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LIDINE SILVA, matrícula 2207164, Polícia Rodoviária Federal, em 29/04/2020, conforme houve o seu uso, em Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2/2002, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto nº 6.539, de 2 de outubro de 2006 e na cláusula 6º da Instrução Normativa nº 61-IC, de 13 de novembro de 2015.

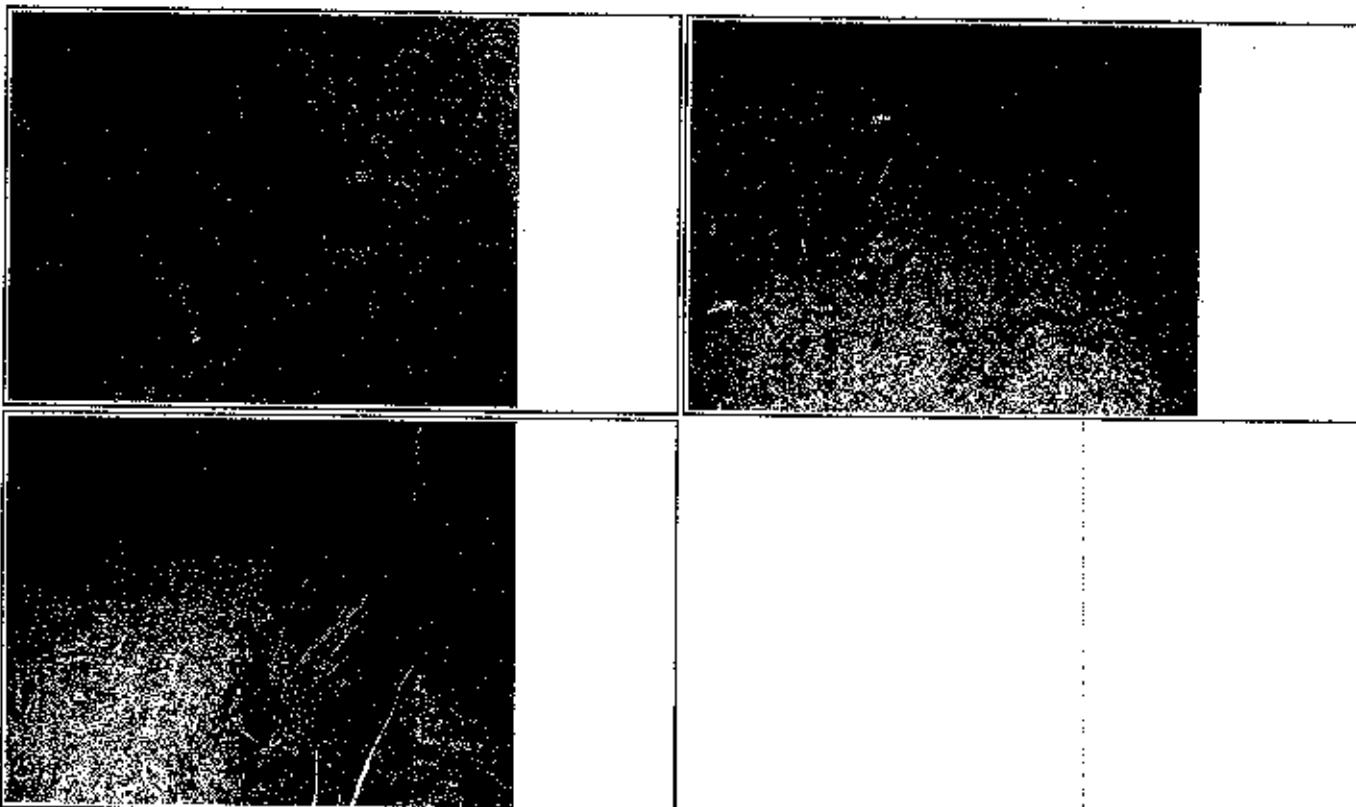
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hoveris/autentica>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle 0483E78777C2370462AA923C7244F9.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20029970B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - ECF8525 - MOTONETA

V1 - Informações

Placa: ECF8525 Marca/modelo: JTA/SUZUKI AN125
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9CDCF47AJ9M057937
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Entrando na via

Renavam: 00124208703
Tipo de veículo: Motoneta
Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por LEONÍDIO SILVA, Instituto 2203164, Policial Rodoviário Federal, DT-2804-2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 12 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2014 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2018.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assinatura/validarAssinatura>. Informado o protocolo 20029970B01 e o número de controle D93E78277C2370F3A4623C7244F9.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20029970B01

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202184, Policial Rodoviário Federal, em 28/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória N° 2200-2, de 24 de agosto de 2011, no art. 5º do Decreto N° 6.639, de 8 de outubro de 2015 e anexa à Lei de Início (V. do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2016).
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pt.gov.br/boavista/validador>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle DVA3E79377C2320163AA923C7244FF.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20029970B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / JTA/SUZUKI AN125

Placa: ECF8525

Nº BOAT: 20029970B01

Nome do Agente: LEONE SILVA

Matrícula do Agente: 2202184

Data: 23/06/2020

Item	Descrição do Item	Vári	Comentário do Agente
1	Garfo dianteiro		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X
4	Coluna de direção		X
5	Chassi		X
6	Garfo traseiro		X
7	Eixo traseiro (triciclo)		X

1 Garfo dianteiro

2 Mesa superior da suspensão dianteira

3 Mesa inferior da suspensão dianteira

4 Coluna de direção

5 Chassi

6 Garfo traseiro

7 Eixo traseiro (triciclo)

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202184, Policial Rodoviário Federal, em 28/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 21 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 46-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/autenticar/autenticar/>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle D493E79377C23791453AA932C724479.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20029970801

V1 - Proprietário

Nome: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA CPF/CNPJ: 585.213.484-87
Email: Telefone:
Endereço: IGARASSU-PE

V1C - CONDUTOR DE V1 - EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

V1C - Informações

Nome: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA Data de Nascimento: 09/10/1967
CPF: 585.213.484-87 Estado civil: Não Informado
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Leves
Morreu após remoção: Não Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilidade para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB Primeira habilitação: 07/01/2003 Nº Registro: 02687010450
UF: PE Vencimento da habilitação: 01/02/2022 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15

V1C - Alterações da Capacidade Motoria

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA GIRASSOL, 000000010, CS, JD MURIBECA, JABOATAO DOS GUARARAPES-PE
Telefone: Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202166, Polícia Rodoviária Federal, em 28/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.205-2, de 24 de agosto de 2001, art. 4º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2016 e na alínea o do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 43-DIG, de 18 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20029970801 e o número de controle 0A83E7837/C2370-B3AA923C7244F3.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

58521348487

4 - Nome completo da vítima:

EDINOBSSON DOS SANTOS FERNAN

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

5 - Nome completo:

EDINOBSSON DOS SANTOS FERNAN

6 - CPF:

58521348487

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA - FREI MIGUELINHO

9 - Número:

299

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CRUZ DE REBOLCAS

12 - Cidade:

IGANASSU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625813

15 - E-mail:

(81) 9.8790-9451

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

08/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



Nº de Ocorrência

832153

1. Hora do chamado: 00:40h	2. Chegada ao local: 00:50h	3. Chegada a U.Hospitalar: h	4. Saída da U.Hospitalar: h
5. Motivo/Solicitação: Queda de moto	6. Data: 23/10/2020		
7. Tipo de equipamento: <input type="checkbox"/> 1. USA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. Helicóptero <input type="checkbox"/> 4. Moto <input type="checkbox"/> 5. VIR			
8. Origem do acionamento: Somu	9. Médico regulador: Fabiana	10. Rádio operador: Alexandre	
11. Paciente: Pedrinho dos Santos Ferreira	12. Solicitante: Wagner		
13. Data de nascimento: 09/10/67	14. Idade: 52 anos	15. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	
16. Nome da mãe: Laurene Ferreira			
17. Endereço do paciente: Frei Miguelinho			

18. Endereço:	19. Nº: 299	20. Bairro: Cruz Bela
20. Município: Japocu	22. Referência:	
23. Local de ocorrência	24. Ocorrência relacionada ao trabalho	25. Tipo de atendimento
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio <input type="checkbox"/> 3. Trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Clínico <input type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 4. Obstétrico <input type="checkbox"/> 5. Pediátrico <input type="checkbox"/> 6. Trote <input type="checkbox"/> 7. Cancelada/Removido antes <input type="checkbox"/> 8. Remoção/Senha: _____ Unidade Solicitante: _____

26. Tipo de vítima	27. Meio de locomoção da vítima	28. Mecanismo do trauma
<input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado	<input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro	<input type="checkbox"/> 1. Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ejeção <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro

29. Natureza do acidente	30. Uso de capacete pela vítima	31. Uso de cinto pela vítima	32. Hálito alcoólico
<input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abaloamento <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não

33. Intoxicação	34. Queda
<input type="checkbox"/> 1. Álcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos	<input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: _____ m

35. Agressão	36. Queimadura
<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 4. Suspeita de abuso sexual	<input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Choque elétrico <input type="checkbox"/> 4. QBRN-e:

37. Vias aéreas	38. Respiração	39. Circulação/pulso	40. Perfusion periférica	41. Saturação O ₂
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída	<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traquipneia <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões	<input type="checkbox"/> 1. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Cheio <input type="checkbox"/> 4. Fino	<input type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos	—

42. Coloração da pele	43. Escala de CINCINNATI
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Presença de sangramento	<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio de comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala

44. Neurológico	45. Pupilas	46. Reagente
<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão	<input type="checkbox"/> 1. Isocórica <input type="checkbox"/> 2. Miose <input type="checkbox"/> 3. midriase <input type="checkbox"/> 4. Anisocoria <input type="checkbox"/> 5. Reagente	<input type="checkbox"/> 6. Não reagente

48. Alergia	47. Usa medicamento	48. Alguma patologia	49. Oxigênioterapia
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual?

50. Abertura ocular	51. Resposta verbal	52. Resposta Motora	53. SSVV
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. À voz (3) <input type="checkbox"/> 3. À dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)	<input type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (6) <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (5) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)	HORA PA 130X80 FC — FR — TEMP 36,6 HGT 109

54. Conduta	<input type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input type="checkbox"/> 3. Imob. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED
55. História clínica atual, evolução e conduta:	Pedrinho dos Santos Ferreira 52 anos reside em Japocu, conciente, orientado, realizados simulacros periféricos, com uma fratura fechada no esquerdo, o mesmo conduzido p/ o Hospital São Vicente de Paulo.
56. Observações:	Freitos, SP realizar exames.

57. Unidade de destino: HOF	58. Médico que recebeu:
-----------------------------	-------------------------

59. Equipe
Médico Assistente: Enfermeiro: Socorrista:
Condutor/Piloto: Gleidson Responsável pelo preenchimento: Gleidson Ass: Conselho:
Solicitou apoio da UTI: () Sim () Não Obs:
Redirecionamento: () Sim () Não Causa: Destino:
Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE:	61. Múltiplas vítimas () Sim () Não
O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.	Nº de vítimas:
Ass _____ Testemunha _____	Cenário:
RG _____ Data: / /	RG _____ Data: / /

62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO:
Maca nº 00 Prancha nº 00 <input type="checkbox"/> Estab. de cabeça <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Colar <input type="checkbox"/> Tirantes

Dr. Gleidson F. dos Santos
Tec. Enfermeiro 585176
COREN-PE



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Senhor EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA, 52 anos, portador do RG: 35603150.0 e do CPF: 585.213.484-87 foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 23/06/2020, às 08:30min, acionado através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº 5 832153. O mesmo foi vítima de QUEDA DE MOTO em VIA PÚBLICA. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se CONSCIENTE, ORIENTADO, COM SUPosta FRATURA FECHADA NA CLAVÍCULA ESQUERDA. O mesmo foi removido para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

Dr. Osmir Alves
Coord. SAMU
167311

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE

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: 22/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01294

CONTA: 00000026068-6

Nr. da Autenticação ACDC362E594F7037



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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João da Barra, 111, Bae Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA
PAO COLONIA FUTEBOL CLUBE

CPF: 585.213.484-87

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico**

114585806	ÚNICA	02/07/2020
02/07/2020	2000076841	1740355

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BABACULANDIA 119

PACHECO/CAVALEIRO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54280-631

0096505035 07/2020
09/07/2020 04/08/2020
96,40

DESCRIÇÃO DA MOTA F100

CONSUMO ABUSIVO(MWH)-TUSD	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abusivo(MWH)-TE	105.0000000	0,42578847	44,70
Comb. sum- Pública Municipal	105.0000000	0,38613073	37,38
ICMS Subvenção-CDE-NF 107865571-02/04/20			10,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 108784547-05/05/20			0,71
Multa por atraso-NF 108784547 - 05/05/20			0,80
Juros por atraso-NF 108784547 - 05/05/20			2,00
Abatização IGPM-NF 108784547 - 05/05/20			0,92
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,27
			-1,23
TOTAL DA FATURA:			

TOTAL-DA-FATIGA

... 98.40

PIEMONTE: RISPARMIO DI CONSUMO DELL'ANNUALITA' FISICA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3010150057	CAT	03/08/2020	10.618,00	03/09/2020	10.723,00	30	1,00000		105,00

COMPOSIÇÃO DE TABELA DE IPI				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Consumo Industrial	RS	%
JUL 20	105			Transporte	RS 3,83	4,62%
JUN 20	107			Distribuição/Serviços	RS 16,89	23,01%
MAR 20	128			Período de Energia	RS 6,06	7,78%
ABR 20	112			Energias Básicas	RS 3,64	4,42%
MAR 20	103			Impostos	RS 24,23	32,07%
FEV 20	99			Total	RS 52,98	100%
JAN 20	110					
DEZ 19	111					
NOV 19	113					
OUT 19	101					
SET 19	66					
AGO 19	69					
JUL 19	98					

ATENÇÃO! ACEITE DE INFORMAÇÕES SOBRE OS DADOS DE PESSOAS PODE SER ILÍGAL

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA(S) EM ABERTO					
DATA DE VENCIMENTO DEVERÁ SER PAGA(A) ATÉ					
Venda	Exercício	Válida	Vencida	Descontada	Válida
00000000	02/07/20	50,47			

Este consumo não substitui nenhuma de outras etapas da economia e não compromete direitos em desfavorável. Certo a inscrição do fornecimento para utilização das casas de festas, por exemplo, deve levar em consideração o conteúdo do contrato, portanto também deve respeitar as regras e os critérios definidos no Art. 3º da PDS/41-41-MPSC. Nesse contexto, a parte da contratação, inclusive, inclui a sua realização de acordo com a legislação federal e estadual.

VALORES E TÉRMINOS DA VARIABILIDADE					VALORES DE TÍTULOS	
VARIABILIDADE	VALOR ESTIMADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TÉRMINO	LIMITE MÁXIMO	TÉRMINO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIABILIDADE (%)
RIO	0,00	5,17	10,15	20,30		
RIO	0,00	3,17	6,35	12,70		
BRB	0,00	2,86	0,00	0,00	220	202
LideS/DR	12,32	BUSO	Várias Exceções de Utilizá	0,00	231	

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06** | **Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

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 JALMIR HONORIO DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.218.354 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edirobson dos SANTOS Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.213.484 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Edirobson dos Santos Ferreira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.213.484 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

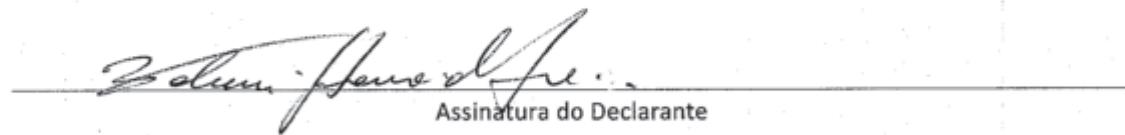
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>2- Ubirajara</u>	Número:	<u>16</u>	Complemento:	<u>CA 801</u>
Bairro:	<u>Tabajaras</u>	Cidade:	<u>Olinda</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>53.530-360</u>

Tel.(DDD): (81) 9.8790-9451

Local e Data: Recife 10 dia setembro 2020


Assinatura do Declarante

Paciente:

EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Idade:

52 Anos 8 Meses 14 Dias

Prontuário

857193

Atendimento:

3456301

Dt Atend.

23/06/2020

Receituário

AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA

HD: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Dr. Thiago Lima
Ortopedia / Traumatologia
TEOT 13449-CRM 17991

THIAGO DE ALMEIDA LIMA E SILVA - CRM: Nº.17991

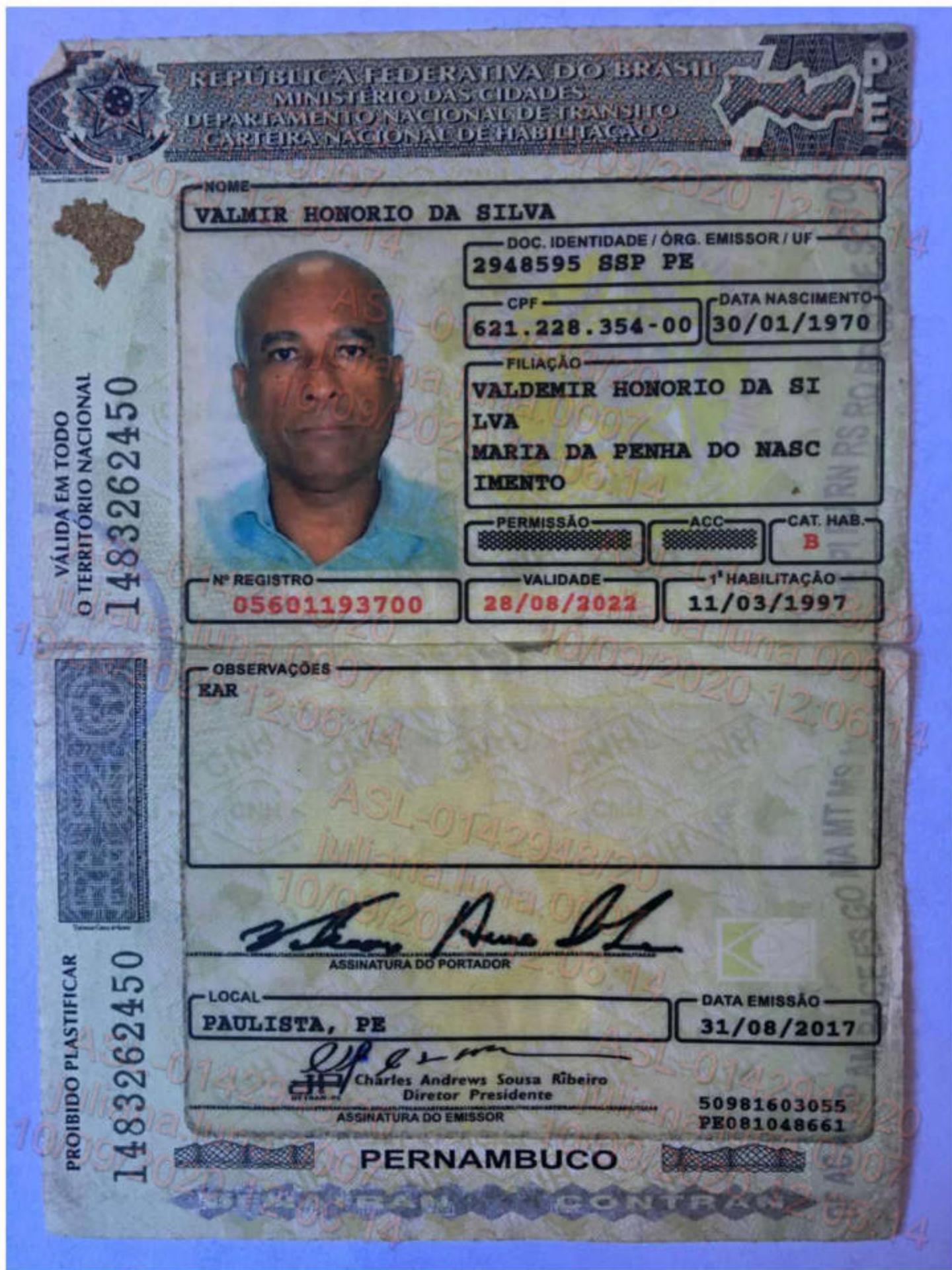


Nome: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA Idade: 52 Anos 8 Meses 14 Dias Nasc. 09/10/1967
Sexo: MASCULINO CNS: 702101740175891 Contatos: 81. 88088227 | Celular: 81.
Mãe: LAURINETE MARIA FERREIRA
Endereço: RUA FREI MIGUELINHO , N.º 78 - : N 78 BAIRRO: CRUZ DO REBOUCAS - CIDADE: IGARASSU - UF: PE

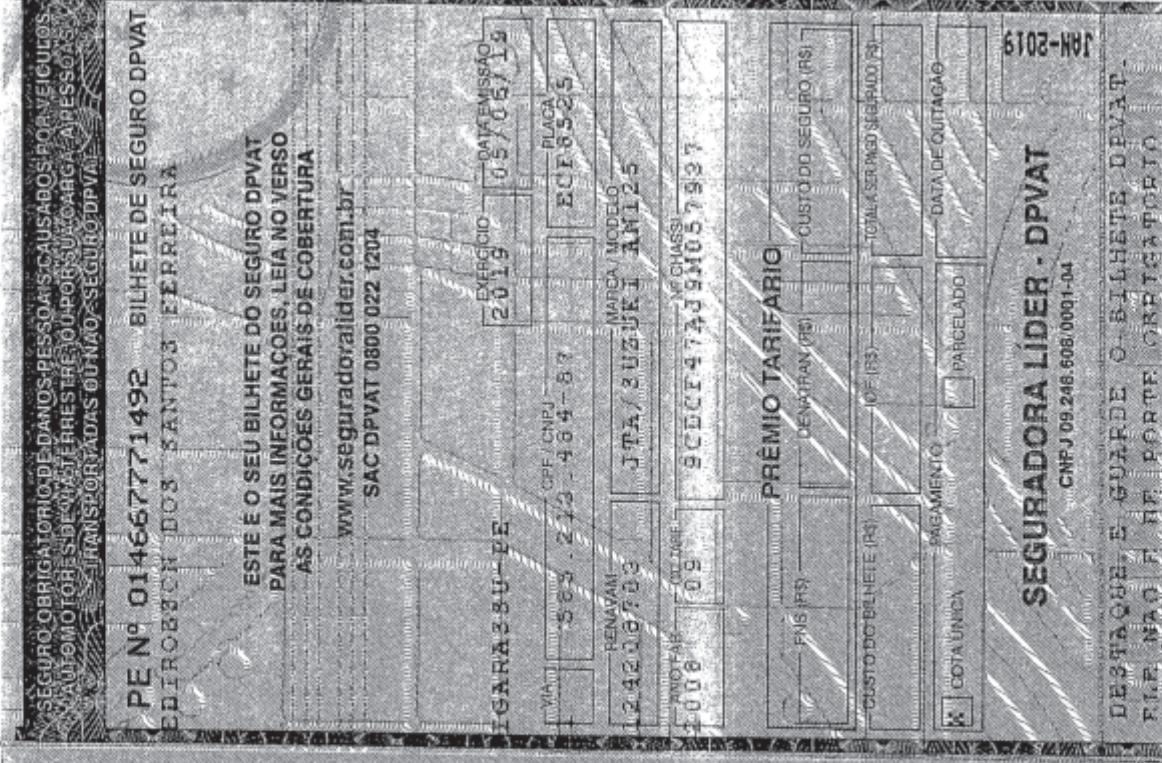
Dados do Atendimento:	
Data/Hora Atend.: 23/06/2020 21:58	
Prontuário: 857193	
Nº. Atendimento: 3456301	
Serviço: CIRURGIA	
Enfermaria/Leito:	
Médico: EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOL E SILVA	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª VIA FARMACIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: THIAGO DE ALMEIDA LIMA E SILVA - CRM: Nº.17991		
NOME DO PACIENTE EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA ENDERECO RUA FREI MIGUELINHO MUNICIPIO IGARASSU BAIRRO CRUZ DO REBOUCAS UF PE Nº 78		
PRSCRIÇÃO R/USO INTERNO: 1)PACO 30Mg----24 COMPRIMIDOS TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS, SE DOR.		
<i>Dr. Thiago Lima Ortopedista/Trumatologista CRM: 17991-CRM 17991</i>		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME: IDENTIDADE: ÓRG.EMSSOR: END.: CIDADE: FONE: UF PE		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: _____		







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200324299 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
ALTA MÉDICA.

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

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 ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: **POUCA DOCUMENTAÇÃO/ UTILIZADO CONJUNTO PROBATÓRIO.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255167/20

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

CPF: 585.213.484-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA : 585.213.484-87

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: 10/09/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

VALMIR HONORIO DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200324299 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA **Data do acidente:** 23/06/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
ALTA MÉDICA.

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

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 ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: **POUCA DOCUMENTAÇÃO/ UTILIZADO CONJUNTO PROBATÓRIO.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

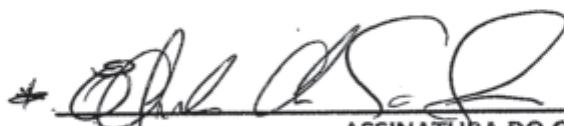
Nome:	Edi Robson dos Santos Ferreira.	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: NÃO INFORMADO.
Profissão:	VIGILANTE	
Identidade:	356.031.500-SSP-PE CPF: 585.213.484-87	
Endereço:	R- Frei Miguelinho, 299, Cruz de Rebouças, Igarapé.	

OUTORGADO:

Nome:	Valmir Honório da Silveira	
Nacionalidade:	2.948.595-SDS/PE	Estado civil: CASADO
Profissão:	—	
Identidade:	BRASILEIRO	CPF: 621.278.354-00
Endereço:	R- Ubirajara, 16, Olinda- PE	

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Recife 10 de setembro 2020.
LOCAL E DATA:



ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255167/20

Número do Sinistro: 3200324299

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

CPF: 585.213.484-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2020

Titular do CPF: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA : 585.213.484-87

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: 15/10/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

VALMIR HONORIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

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, 14 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324299

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

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, contados 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, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324299

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos "Dados Cadastrais", pois o entregue está incompleto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 28 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200324299**

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

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: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001294

Conta: 0000026068-6

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

