

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180531154**
Vítima: **EDSON DA SILVA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **BRUNO DE ARAUJO SENA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180531154**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13590685



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: EDSON DA SILVA

Nº Sinistro: 3180531154

Vítima: EDSON DA SILVA

Data do Acidente: 11/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador BRUNO DE ARAUJO SENA

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180531154**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **11/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 entre 16 e 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDSON DA SILVA		CPF titular da conta 23539520899	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA GILBERTO 16		Número 16	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade SALÓI	Estado PE	CEP 55350000
Email		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo - assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (341)

AGÊNCIA

NRO. D/V

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANCO DO BRASIL

NRO

001

AGÊNCIA

NRO.

2564

D/V

X

CONTA

NRO.

17944

D/V

2

(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 Líder 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.

SALÓI, 18 de **MAIO** de 2018

Local e Data

x **Edson da Silva**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente

Nome

EDSON DA SILVA

Agência

2564-X

Conta

17.944-2

Movimento

Data	Dep. origem	Histórico	Documento	Valor	Saldo
10/05/2018		Saldo Anterior			0,00 C
Juros *					0,00
Data de Debito de Juros					01/06/2018
IOF *					0,00
Data de Debito de IOF					01/06/2018

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

Informações Adicionais

Impresso em 15.05.2018 às 11:28:32

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088



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 entre 16 e 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDSON DA SILVA		CPF titular da conta 23539520899	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA GILBERTO 16		Número 16	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade SALÓI	Estado PE	CEP 55350000
Email		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo - assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (341)

AGÊNCIA

NRO. D/V

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANCO DO BRASIL

NRO

001

AGÊNCIA

NRO.

2564

D/V

X

CONTA

NRO.

17944

D/V

2

(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 Líder 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.

SALÓI, 18 de **MAIO** de 2018

Local e Data

Edson da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente

Nome

EDSON DA SILVA

Agência

2564-X

Conta

17.944-2

Movimento

Data	Dep. origem	Histórico	Documento	Valor	Saldo
10/05/2018		Saldo Anterior			0,00 C
Juros *					0,00
Data de Debito de Juros					01/06/2018
IOF *					0,00
Data de Debito de IOF					01/06/2018

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

Informações Adicionais

Impresso em 15.05.2018 às 11:28:32

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088





455355
0242444/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 150ª CIRCUNSCRIÇÃO - PARANATAMA - DP150ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0240000078**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2018** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **11/3/2018** no período da **Manhã**

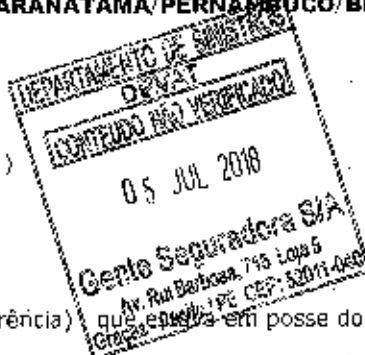
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PARANATAMA, 1, BR.423, POVOADO BREJO VELHO, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - PARANATAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GILBERTO DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
EDSON DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

EDSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **20/3/1974** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **554844254/SDS/PE (RG), 23539520899 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

GILBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **30/12/1978** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GILBERTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILBERTO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD6186** (PERNAMBUCO/SALOA) Renavam: **471415081** Chassi: **9C2JC4110CR509551**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO O NOTICIANTE, SENHOR EDSON DA SILVA, RELATA QUE NO DIA 11/03/2018 TRANSITAVA PELA BR423, NAS PROXIMIDADES DO POVOADO BREJO VELHO, POR VOLTA DE 10H20, NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, DE PLACA PGD6186, DE COR VERMELHA, ANO 2012, CHASSI N°9C2JC4110CR509551, GUIADA POR SEU IRMÃO, O SENHOR GILBERTO DA SILVA, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE AO CAIR DA MOTOCICLETA. QUE FOI SOCORRIDO LOGO APÓS, PELO SAMU DE SALOA, DE

ACORDO COM A FICHA DE ATENDIMENTO DE N°02100320 APRESENTADA. E POR CONTA DA GRAVIDADE DA LESÃO, ELE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, SENDO ATENDIDO ÀS 23H31. DE ACORDO COM O QUE CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DE N°944189/2018, O MESMO SOFREU T.C.E (TRAUMATISMO CRÂNIO CEFÁLICO) E OUTRAS LESÕES, FICANDO INTERNADO ATÉ O DIA 25/03/2018, QUANDO RECEBEU ALTA.

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

EDSON DA SILVA
(VITIMA)

GILBERTO DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **EDMARQUES DOS SANTOS GOMES** - Matrícula: **3875016**





455355
0242444/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 150ª CIRCUNSCRIÇÃO - PARANATAMA - DP150ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0240000078**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2018** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/3/2018** no período da **Manhã**

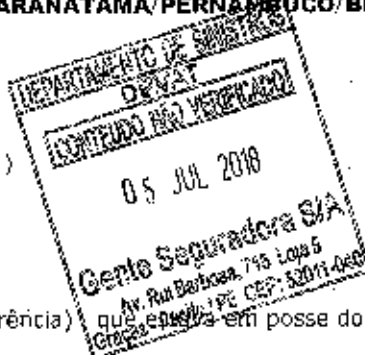
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PARANATAMA, 1, BR.423, POVOADO BREJO VELHO, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - PARANATAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GILBERTO DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
EDSON DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

EDSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **20/3/1974** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **554844254/SDS/PE (RG), 23539520899 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

GILBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **30/12/1978** Naturalidade: **SALOA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GILBERTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILBERTO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD6186** (PERNAMBUCO/SALOA) Renavam: **471415081** Chassi: **9C2JC4110CR509551**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO O NOTICIANTE, SENHOR EDSON DA SILVA, RELATA QUE NO DIA 11/03/2018 TRANSITAVA PELA BR423, NAS PROXIMIDADES DO POVOADO BREJO VELHO, POR VOLTA DE 10H20, NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, DE PLACA PGD6186, DE COR VERMELHA, ANO 2012, CHASSI N°9C2JC4110CR509551, GUIADA POR SEU IRMÃO, O SENHOR GILBERTO DA SILVA, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE AO CAIR DA MOTOCICLETA. QUE FOI SOCORRIDO LOGO APÓS, PELO SAMU DE SALOA, DE

ACORDO COM A FICHA DE ATENDIMENTO DE N°02100320 APRESENTADA. E POR CONTA DA GRAVIDADE DA LESÃO, ELE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, SENDO ATENDIDO ÀS 23H31. DE ACORDO COM O QUE CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DE N°944189/2018, O MESMO SOFREU T.C.E (TRAUMATISMO CRÂNIO CEFÁLICO) E OUTRAS LESÕES, FICANDO INTERNADO ATÉ O DIA 25/03/2018, QUANDO RECEBEU ALTA.

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

EDSON DA SILVA
(VITIMA)

GILBERTO DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **EDMARQUES DOS SANTOS GOMES** - Matrícula: **3875016**



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

EDSON DA SILVA

23539520899

11/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

EDSON DA SILVA

23539520899

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 de 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 resultado.



Salvador, 18 de Maio de 2018.

Local e Data

x Edson da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

EDSON DA SILVA

23539520899

11/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

EDSON DA SILVA

23539520899

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 de 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.



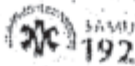
Saloá, 18 de Maio de 2018.

Local e Data

x Edson da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Secretaria de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO



Nº de Ocorrência

10320

1. Hora do atendimento 10:30		2. Chegada no local 10:40		3. Saída do local 11:00		4. Hora de conclusão 11:30		5. Saída do hospital 11:40	
6. Motivo/Solicitação									
8. Tipo de recurso: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. VIT ☐ 4. Helicóptero									
9. Origem do encaminhamento ☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SMO									
10. Médico regulador									
12. Paciente <i>Edson da Silva</i>									
14. Data de nascimento <i>20/05/74</i>									
15. Idade <i>44</i>									
13. Solicitante <i>José</i>									
16. Sexo ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino									
17. Logradouro <i>Quilombo</i>									
19. Bairro <i>Centro</i>									
21. Zona ☒ 1. Urbana ☐ 2. Rural									
22. Referência <i>União Católica</i>									
20. Município <i>Colônia</i>									
23. Local de ocorrência ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio									
24. Ocorrência relacionada ao trabalho ☒ 1. Sim ☐ 2. Não									
25. Tipo de atendimento ☐ 1. Clínica ☐ 2. Causa externa ☐ 3. Obstétrico ☐ 4. Pediátrico ☐ 5. Patológico ☐ 6. Remoção/Busca ☐ 7. Unidade Solicitante									
26. Mecanismo do trauma ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto basilar									
27. Meio de locomoção da vítima ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro									
28. Natureza do acidente ☐ 1. Colisão/Abatimento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 9. Ignorado ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/da veículo ☐ 6. Outro									
30. Uso de capacete pela vítima ☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 99. Não se aplica									
31. Uso de cinto pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 99. Não se aplica									
32. Uso de bebida alcoólica pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 99. Não se aplica									
33. Intoxicação Exógena ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Medicamentos ☐ 4. Outros									
34. Queda ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: _____ m									
35. Agressão ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 38. Queimadura ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Têrmos (exceto fogo) ☐ 4. Abuso sexual ☐ 5. Outros ☐ 4. Substância química ☐ 5. Choque elétrico									
37. Tentativa de suicídio ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 38. Outros acidentes ☐ 1. Afogamento ☐ 2. Solamento ☐ 3. Não sei ☐ 4. Outros									
39. Vias aéreas ☐ 1. Livre ☐ 2. Obstruída									
40. Respiração ☐ 1. Normal ☐ 2. Traqueal ☐ 3. Bipedal ☐ 4. Ausente ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões									
41. Circulação/pulso ☐ 1. Ausente ☐ 2. Presente ☐ 42. Perfusão periférica ☐ 1. > 2 Segundos ☐ 2. < 2 Segundos									
43. Neurologia ☐ 1. Normal ☐ 2. Suspeita ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Comatado									
44. Escala de GCS (Glasgow) ☐ 1. Útil motor ☐ 2. Desvio de consciência lateral ☐ 3. Dificuldade de fala									
45. Pupilas ☐ 1. Míope ☐ 2. Miátria ☐ 3. Resposta ☐ 4. Não resposta ☐ 5. Isocólicas ☐ 6. Anisocólicas									
47. Alergia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não									
48. Uso de medicamento ☐ 1. Sim ☐ 2. Não									
49. Alguma patologia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não									
50. Abertura ocular (AO) ☐ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)									
51. Resposta verbal ☐ 1. Clarificada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma									
52. Resposta motora ☐ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (6) ☐ 3. Movimento da resposta (4) ☐ 4. Resposta anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)									
53. Sinais vitais - BSVV									
HRM									
PA									
FC									
FR									
TEMP									
HGT									
SpO ₂ %									
54. Principais lesões									
Aniquilação									
Contusão									
Escoriação									
Estimulamento									
Perfuração									
Contuso									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Laceração									
Luxação									
Queimadura									
Presença de enjamento									

☐ 7. Utilização da prancha

HRDM

Santo Barros

Atélio de Almeida

Volodine

Claudia

[Signature]

Handwritten signature: [Illegible]

□ $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$

☒ 2. finger

□ 4. 91m

□ 211

Die. Neuteller haben ein redaktionelles Verzeichnis der Namen der Abgeordneten.

☐ 1. Pula mājīko tvaiki

☐ Any type☐ 2. Paki subijento

☐ 4. Por escrito de cinco a seis

INFORMAÇÃO DE PRECATORIO

...que o Conselho recebe atendimento técnico com a

Pyridine

Resilience

142

References

U.S. Highway 100

☐ I. Glav

12.11.00

176/177

၁၇၅၆-၅၇

~~Dr. Otilio Barros~~
~~Dr. Geral~~
~~CRIME 22.700~~
~~GRATIA 0.912~~

02. Unter dem Namen

Paciente inconsciente e desorientado, alcoolizado, com fratura na cabeça com TCE, após queda de moto, sentindo muitas dores e com hemorragias em membros superiores e inferiores. Feito acesso venoso, furo na + plaxil + furo destilado e furo curativo compressivo e encaminhado ao HPDM, que reúne os cuidados da equipe.



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-602
 CNPJ 10.835.932/0001-05 | Insc. Est. 0009949-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 GILBERTO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA G GANTE 16

CPF 038 521 524-02
 CLASSIFICAÇÃO

CENTRO ORIGINANTE
 SALOA PE
 55350-000

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

Nº SENDER FISCAL	SERIE	EMISSÃO
007374778	UNICA	27/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/03/2018	2011124982	6219916

CONTA CONTIGUO	MES/ANO
7021852509	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PROGRAMADA
07/03/2018	28/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	14,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,4960592	14,88
TOTAL DA FATURA			
14,88			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
015233011	CAT	28/03/18	169,00	27/03/18	169,00	28	1,00000		
									CONSUMO (KWH)
									0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
MES/ANO	CONSUMO (KWH)	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
FEV 18	30	ICMS	
JAN 18	30	PIS	
DEZ 17	30	COFINS	14,88 0,57 0,08
NOV 17	30		14,88 2,50 0,38
OCT 17	30		
SET 17	30		
AGO 17	30		
JUL 17	30		
JUN 17	30		
MAY 17	30		
ABR 17	30		
MAR 17	30		
FEV 17	30		
TAXAS APLICADAS			
Consumo Ativo (kWh)			0,4960592
RESERVA DO PAGO			
356F D38D D89D 4869 430F FFEA CASC F03E			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 A validade desta fatura depende da correta identificação dos dados cadastrais. O cliente deve manter atualizados os dados cadastrais, bem como a situação de pagamento. A fatura é emitida em nome do titular da conta, sendo que a responsabilidade pelo pagamento é do titular. A fatura é emitida em nome do titular da conta, sendo que a responsabilidade pelo pagamento é do titular. A fatura é emitida em nome do titular da conta, sendo que a responsabilidade pelo pagamento é do titular.

Este documento é uma cópia da fatura original. A validade desta fatura depende da correta identificação dos dados cadastrais. O cliente deve manter atualizados os dados cadastrais, bem como a situação de pagamento. A fatura é emitida em nome do titular da conta, sendo que a responsabilidade pelo pagamento é do titular. A fatura é emitida em nome do titular da conta, sendo que a responsabilidade pelo pagamento é do titular.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APLICADO	DATA ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIÁRIO	2,54	5,55	11,70	22,4	220	202	239
TRIMESTRAL	1,10	1,30	6,72	12,40			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DE VAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 05 JUL 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO 007007948209	MÊS/ANO 05/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 28/05/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 BRUNO DO AMARAL SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 060473174 / 98 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDSON DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 235395208 / 99 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDSON DA SILVA inscrito (a) no CPF 235395208 / 99, 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, que a vítima do sinistro, EDSON DA SILVA, reside 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>R. FIO PAV FENAO</u>		Número <u>7178</u>	Complemento
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>SALÓIA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55350-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>87981521694</u>

SALÓIA/PE, 18 de MAIO de 2018
Local e Data

Bruno do Amaral Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILBERTO DA SILVA,
RG nº 6260095, data de expedição 10/03/1999
Órgão SSP, portador do CPF nº 038521524/02 com
domicílio na cidade de SALOA, no Estado de
PE, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
POVOADO GIGANTE, nº 59,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDSON DA SILVA, cujo o condutor era
GILBERTO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Ano: 2012
Placa: PGD 6786
Chassi: 9C2JC4770CR509551
Data do Acidente: 11/03/2018
Local e Data: BR 423 11/03/2018

17 MAIO 2018

Assinatura do Declarante

GILBERTO DA SILVA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SALOA Carmina Alves Silva Titular
R. José Florentino Alves, n.º 51 - Centro - Saloá - PE - CEP: 55350-000 - Tel: (87) 98125-9514 - carminasaloa@hotmail.com
CNPJ: 29460357/0001-38

Reconheço por Autenticidade a firma de: GILBERTO DA SILVA em
17/05/2018 11:23:29, dou fé. Em test. da Verdade. Escrevente,
Fábio de Almeida Melo. Emol. R\$ 3,59 TSM R\$
0,80 FERC R\$ 0,40 Total 4,79. Selo: 0074062.TX103201802.01601
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital.

Carmina Alves Silva
Tabeliã
Rua José Florentino Alves, n. 51, Centro.
Salóá-PE, Cep: 55350-000

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DE VAV
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILBERTO DA SILVA

RG nº 6260095, data de expedição 10/03/1999

Órgão SSP, portador do CPF nº 038521524/02 com domicílio na cidade de SALOA, no Estado de

PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

POVOADO GIGANTE, nº 59,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima EDSON DA SILVA, cujo o condutor era

GILBERTO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Ano: 2012

Placa: PGD 6786

Chassi: 9C2JC4770CR509551

Data do Acidente: 11/03/2018

Local e Data: BR 423 11/03/2018

17 MAIO 2018

Assinatura do Declarante

GILBERTO DA SILVA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SALOA - Carmina Alves Silva - Titular
Rua José Florentino Alves, n. 51, Centro - Saloá - PE - CEP: 55350-000 - Tel: (87) 98125-9014 - carminasilva@hotmail.com

Reconheço por Autenticidade a firma de: GILBERTO DA SILVA em
17/05/2018 11:23:29, dou fé. Em teste da Verdade. Escrevente,
Fábio de Almeida Melo. Emol. R\$ 3,59 TSNR R\$
10,80 FERC R\$ 0,40 Total 4,79. Selo: 0074062-TXT03201802-01601
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

OFÍCIO REGISTRAL E NOTARIAL DE SALOA
CNPJ: 29460357/0001-38

Carmina Alves Silva
Tabeliã

Rua José Florentino Alves, n. 51, Centro.
Salóá-PE. Cep: 55350-000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILBERTO DA SILVA,
RG nº 6260095, data de expedição 10/03/1999
Órgão SSP, portador do CPF nº 038521524/02 com
domicílio na cidade de SALOA, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
POVOADO GIGANTE, nº 59,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDSON DA SILVA, cujo o condutor era
GILBERTO DA SILVA.

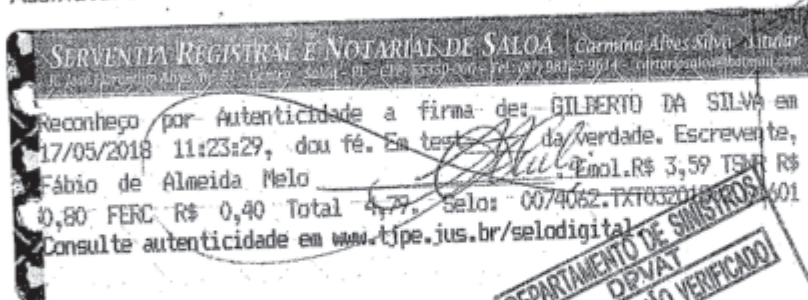
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Ano: 2012
Placa: PGD 6786
Chassi: 9C2JC4270CR509551
Data do Acidente: 11/03/2018
Local e Data: BR 423 11/03/2018

17 MAIO 2018

Assinatura do Declarante

GILBERTO DA SILVA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SALOÁ
CNPJ: 29460357/0001-39

Carminha Alves Silva
Tabeliã

Rua José Florentino Alves, n. 51, Centro,
Saloá-PE. Cep: 55350-000



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 944189/2018.

NOME: EDSON DA SILVA.

Foi atendido às 23h31 do dia 11.03.2018.

Diagnóstico provável: T.C.E. - CONTUSÃO TEMPORAL
DIRETO - HSDA LACERADA TEMPORAL DIRETA
+ HSDA LACERADA BARIATRAL DIRETA.
FRATURAS: COSTA CONTUSO EM MEDIDA DE HOSPITAL
FRATURA CLAVICULAR (ACIDENTE DE BOTA)
ESQUELETO

Tratamento realizado: TAL DE CRÂNIO - CONTUSÃO TEMPORAL
DIRETO - HSDA LACERADA TEMPORAL DIRETA
+ HSDA LACERADA BARIATRAL DIRETA
TIPO DE VIDEAL
ANÁLISE
EXAMES LABORATORIAIS

Obs. ALTA HOSPITALAR EM 25-03-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23-04-2018

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4533

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815452



02/24/18 Keamr

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

485166
0410042/18

Nº Atendimento: 1625902

Nome: Edson da Silva

Foi atendido às _____ hs. do dia 04/12/18

Diagnóstico Provável: DTC (C15-C16)

Tratamento Realizado: DTC (C15-C16)

E (C15-C16) em de p. ch.

Observação: DTC (C15-C16)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Ofício de
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
11/12/2018
Gestão Seguradora SIA

Médico: CRM 100000
CRISTIANE ZENHA

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 944189/2018.

NOME: EDSON DA SILVA.

Foi atendido às 23h31 do dia 11.03.2018.

Diagnóstico provável: T.C.E. - CONTUSÃO TEMPORAL
DIRETO - HSDA LACERADA TEMPORAL DIRETA
+ HSDA LACERADA SANIATA DIRETA.
FRATURAS: COSTA CONTUSO EM MEDULA OCCIPITAL
FRATURA CLAVICULAR (ACIDENTE DE BOTO)
ESQUELETO

Tratamento realizado: TAL DE CRÂNIO - CONTUSÃO TEMPORAL
DIRETO - HSDA LACERADA TEMPORAL DIRETA
+ HSDA LACERADA SANIATA DIRETA
TIPO TIPO VIDEAL
ANALGÉSIA
EXAMES LABORATORIAIS

Obs. ALTA HOSPITALAR EM 25-03-2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23-04-2018

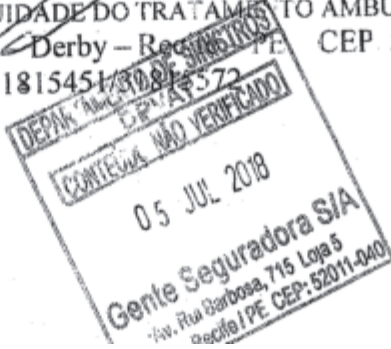
SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4533

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815452



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÍDA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PASSAPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
BRUNO DE ARAUJO SENA

DOC. IDENTIDADE (ORI. EMISSOR) / UF
5620402 RDS PE

CPF
060.478.178-48

DATA NASCIMENTO
30/12/1985

REDAÇÃO
REINALDO MORAES DE SENA

MARLEIDE DE ARAUJO SENA

SEX
MA

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HABIL
00

Nº REGISTRO
03298451444

VALIDADEZ
10/04/2023

1ª HABILITAÇÃO
04/06/2004

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GUARANHUNS, PE

DATA EMISSÃO
11/04/2018

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor-Executivo
ASSINATURA DO EMISSOR

56941763624
030849-00140

PERNAMBUCO

1564884586

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RIGARDO GUMBLETON DAUNT

9120-7

77735837

Edson da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 55.484.425-4 2 via

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/03/2015

NOME

EDSON DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

SALÓÁ - PE

DATA DE NASCIMENTO

20/03/1974

DOC ORIGEM

SALÓÁ - PE IATECÁ CN:LV.A020/FLSº025/Nº05070

CPF

235395208/99

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENTRON

DETRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 9434217879
VA 411.915.081

GILBERTO DA SILVA

PALESTRA

039.521.524-02

PLACA
EQD6186

VEICULO

9434217879

039.521.524-02

PLACA
EQD6186

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

PE Nº 9434217879 BILHETE DE SEGURO DPVAT

039.521.524-02

GILBERTO DA SILVA

PALESTRA

039.521.524-02

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

VEICULO

9434217879

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

FEV-2012

05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 Lapa 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531154 **Cidade:** Paranatama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR TEMPORAL DIREITO E HEMATOMA EXTRADURAL LAMINAR PARIETAL DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL.

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 EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
GILBERTO DA SILVA

Nº de inscrição
038521524-02

Data do Nascimento
30/12/78



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a sua utilização por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

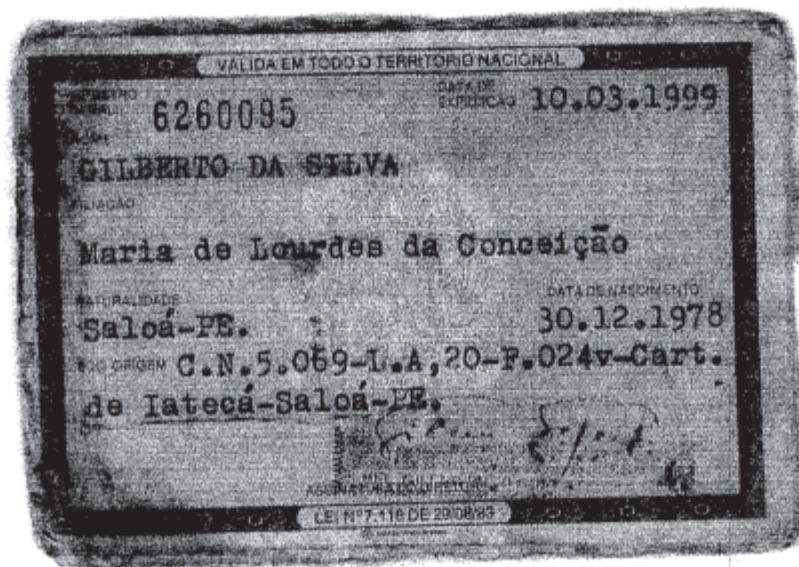
ASSINATURA
GILBERTO DA SILVA

GILBERTO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 08/04/99

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-0401



PROCURAÇÃO PARA FINS DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DPVAT

OUTORGANTE: EDSON DA SILVA

RG 55484425-4 CPF 235395208-99 PROFISSÃO ABRICADOR

ENDEREÇO RUA GIGANTE 16, GIGANTE, SALOÁ/PE
55350-000

OUTORGADO: Bruno de Araújo Lima

RG 6620402 CPF 060473174-48 PROFISSÃO ADVOGADO

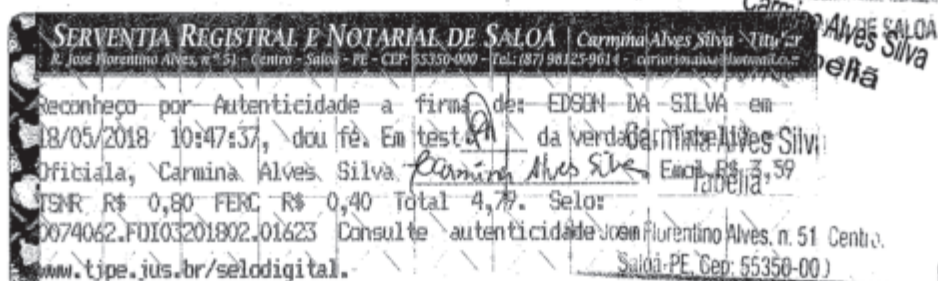
ENDEREÇO Sítio Pau Fgado, 2178, Zona Rural,
SALOÁ/PE. 55350-000, F. 87 981521499

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LIDER DPVAT, BEM COMO A QUALQUER OUTRA INTEGRANTE DO CONSÓRCIO DO MENCIONADO SEGURO, a fim de protocolizar bem como acompanhar pedido referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT a que o outorgante tenha direito, e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento/Credito de indenização de Sinistros DPVAT, declaração de ausência de IML na região da residência do outorgante, declaração de residência em nome do outorgante, podendo, para Tanto, requerer o que for necessário, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar todos os atos permitidos pelo direito para perfeito cumprimento deste instrumento.

SALOÁ/PE, 18/05/2018
Local e Data



*Edson da Silva
Outorgante (reconhecer por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410042/18

Vítima: EDSON DA SILVA

CPF: 235.395.208-99

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BRUNO DE ARAUJO SENA : 060.473.174-48

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

EDSON DA SILVA : 235.395.208-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA
CPF: 060.473.174-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

BRUNO DE ARAUJO SENA

JULIANA BEZERRA DE LUNA