



Número: **0003232-11.2020.8.17.2640**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Garanhuns**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA (AUTOR)		BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO)	
MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDENCIA S/A (REU)		THACIO FORTUNATO MOREIRA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72859 117	21/12/2020 15:37	2773533_JUNTADA_DE_DOCS_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE GARANHUNS/PE

Processo: 00032321120208172640

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GARANHUNS, 17 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0003232-11.2020.8.17.2640**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Garanhuns**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA (AUTOR)		BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO)	
MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDENCIA S/A (REU)		THACIO FORTUNATO MOREIRA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72859 119	21/12/2020 15:37	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462143

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14675601

Pag. 00429/00430 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190462143 Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

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

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necropsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
--	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00111/00112 - carta_03 - INVALIDEZ

00040056



Carta nº 14675602





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, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462143

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01731/01732 - carta_02 - INVALIDEZ

00030866



Carta nº 14728611





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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462143

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000003212-3**

Conta: **0000054564-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462143 **Cidade:** Saloá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO EM REGIÃO DE DIÁFISE + LESÃO DE NERVO RADIAL.

Descrição do exame físico: PERDA DE 75% DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º DEDOS DA MÃO ESQUERDA E RIGIDEZ LEVE DO COTOVELO ESQUERDO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E E PARAFUSOS METÁLICOS.
DATA DA ALTA : 07/08/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO(50%) EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190462143
Nome do(a) Examinado(a): Alan Melo Honorio de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Serrinha da Prata, 6367
Serrinha da Preta Saloá PE CEP: 55350-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9972504
Data local do acidente: [27/03/2019]
Data local do exame: [22/08/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO EM REGIÃO DE DIÁFISE + LESÃO DE NERVO RADIAL.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E E PARAFUSOS METÁLICOS.
Complicações: NENHUMA.
Data da Alta: 07/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PERDA DE 75% DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º DEDOS DA MÃO ESQUERDA E RIGIDEZ LEVE DO COTOVELO ESQUERDO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PERDA DE MOVIMENTOS DO 1º E 2º DEDOS DA MÃO ESQUERDA RIGIDEZ DE COTOVELO E.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
DEDO POLEGAR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
2º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
COTOVELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Realizou 30 sessões de fisioterapia.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Cleudo Miranda
Médico
CRM-PE 19091





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o processamento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

Interação digital da vítima ou beneficiário

Local e Data: SALVA / PE, 27/06/2019
Nome: ALAN MELLO HONÓRIO DE OLIVEIRA
CPF: 115885914-76

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ALAN MELLO HONÓRIO DE OLIVEIRA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

V001/2018



539033
0264842 119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 145ª CIRCUNSCRIÇÃO - SALOÁ - DP145ºCIRC DINTER1/16ºDESEC

BOLETA DE OCORRENCIA N. 19E0255000227

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/07/2019** às **11:27**

ACIDENTE DE TRÁNSITO COM VITIMA NAO FATAL - Colisão (Consumado) que aconteceu no dia **27/3/2019** no período da

Note

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SALOA, 01, ESTRADA QUE DA ACESSO AO POVOADO SERRINHA DA PRATA -**
 Bairro: **CENTRO - SALOA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

REPRESSOR HONORIO DE OLIVEIRA (OUTRO)
ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Qualificação de(s) pessoa(s) envolvida(s)

ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO Pat:
PAULO HONORIO DE OLIVEIRA Data do Nascimento: 13/12/1984 Nascimento: SUMARE / SAO PAULO / BRASIL
Endereço Residencial: POVOADO SERRINHA DA PRATA, 6367 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOAPERNAMBUCO/BRASIL

HERMESSON HONORIO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MERIABETANIA DE OLIVEIRA HONORIO
Rua: CARVALHO DO MONTE REDEZINHA, Uruaçu-GO Matrícula: 069-7-2008-1 Matrícula: 069-7-2008-1
Endereço eletrônico: POPOSO HERBERTA DA PRATA, 38 - CID: D - Bairro: ZONA RURAL - SÃO CAETANO DE OESTE-RS.

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HERMESSEN HONORIO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Modelo: 2014/2015

Complemento / Observação

CONFORME INFORMOU O DECLARANTE, NO DIA 27/03/2019, POR VOLTA DAS 20H, QUANDO SE DESLOCAVA DA CASA DE SUA NOIVA, NO CANTO LADOA NOVA, PARA SE ENCONTRAR NO POVOADO DA SERRINHA DA PRATA, PERCEBEU O CONTATO DE SEUS AO BATER EM UM BURACO, VINDO A CAIR, ALGUA QUE FICOU CONSCIENTE E QUE SENTIA MUITAS DORES, PRINCIPALMENTE NO BRACO ESQUERDO; QUE, POPULARES JAM PASSANDO E, AO VERLO CAIDO NO CHÃO, PERAMB SOCORRO; QUE, O MESMO FOI SOCORRIDO PELA AMBULANCIA DO POVOADO DA SERRINHA DA PRATA PARA O HOSPITAL LOCAL, PORÉM, DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO, FOI LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA, SENDO ENCAMINHADO POSTERIORMENTE AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU, ONDE PRECISOU PASSAR POR CIRURGIA.

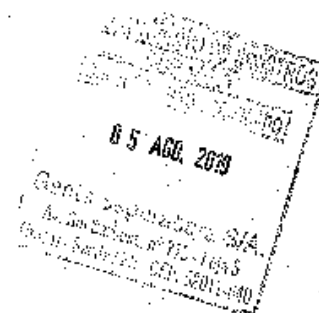
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



03/07/2019
ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA Boletim de Ocorrência
ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

(VITIMA)

[illegible]



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o processamento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIVIL) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

Interação digital da vítima ou beneficiário

Local e Data: SALVA / PE, 27/06/2019
Nome: ALAN MELLO HONÓRIO DE OLIVEIRA
CPF: 115885914-76

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ALAN MELLO HONÓRIO DE OLIVEIRA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar plena ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

V001/2018



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Sílvio Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora de Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
51703	27/03/2019 às 22:45:25		EMERGÊNCIA ORTOP

Formações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025386306 - ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

NS: 160717562790004 Nascimento: 13/12/1994 Idade: 24 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: SUMARE - SP Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 9972504 Filiação: Pai: Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO

Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO SERRA D'APRATA, Nº Complemento:

Bairro: ZONA RURAL Cidade: Saloá UF: PE Telefone: (87) 8129-2536

acompanhante: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

correria: Meio de Transporte:

Procedência: Saloá

Atendimento Médico: Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Exatidão Principal:

IDA:

História de Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Última de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por: Por que:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.:

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm.Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular: Escala: Glasgow: Resposta Verbal: Escala: Glasgow: Resposta Motora: Escala:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE SI-ISTROS

DPVAT

SEU NÃO VERIFICADO

16 AGO. 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Graciosa - Recife - PE - CEP: 52011-040

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Nome: Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Idade: 24

Situação Clínica: Ulcera de Apendicite de nódulo Apendicite Juvenil de nódulo

Posterior?

(Gente - 2015/02-24)

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA VIA PÚBLICA TRABALHO UNIDADE DE SAÚDE:

Doenças Preexistentes:

Medicações em uso:

INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

PARÂMETROS

PA: 140x70 P: 70 R: 12 T: 36,5 SpO2: 98 HGT: 1,70 Peso: 65

RÉGUA DE DOR

LEVE MODERADA GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Certo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneia aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA MODERADA LEVE

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

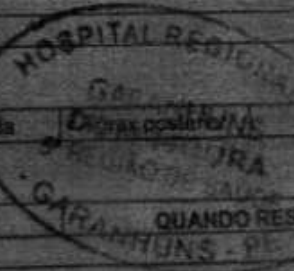
Braco E Braco D Escápula Mandíbula Dorsal posterior Anterior

DOR PRESENTE

EM REPOUSO AOS ESFORÇOS QUANDO RESPIRA

Fluxograma: Ant. D. Torácica

Data: 22/03/19





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
RUA DO COMÉRCIO, 100 - JARDIM SÃO CARLOS, GARANHUNS - PE
FONE: (81) 3191-1100 / 3191-1101 / 3191-1102

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro: 881703 Data e Hora do Atendimento: 27/03/2019 às 22:45:23 Procedimento Local: Pronto-socorro integrado Local de Entrada: EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025388306 - ALAN MELO HONÓRIO DE OLIVEIRA

CNS: 160717562700004 Nascimento: 13/12/1994 Idade: 24 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE

Naturalidade: SUMARE - SP Nacionalidade: Brasileiro

Documento:

RG: 5972504

Filiação:

Pai:

Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONÓRIO

Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO SERRA DAPRATA, Nº

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Saloá

UF: PE

Telefone: (81) 8125-2535

Acompanhante:

Ocorrência:

Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Saloá

Modo de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / /

Hora:

Médico:

CRM:

Caixa Principal:

HDA:

*Dono de empresa misturada no
Lousas E*

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT

CONTIENDO AUTENTICADO

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ 14 AGO 2019

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está patula: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso:

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóncas ☐ Anisocóncas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Escore:

Hora:

Glasgow: Resposta Verbal

Escore:

Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 000000054564-3

Nr. Autenticação

BRADESCO2808201905000000000023703212000000054564472500 PAGO



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, RUA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-09
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-09



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 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

DADOS DO CLIENTE

ERALDO NORAES DE SENA
CPF: 138.529.294-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV MIN MARCOS FREIRE 3261 AP-202

CASA CAIAVALINDA

53130-540 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossos unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

19/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
05/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
12/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
066529159

CONTA CONTRATO
062792344014

Nº DO CLIENTE
2001625370

Nº DA INSTALAÇÃO
0002025275

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

98E3.72E8.50F7.9950.74CD.C3B9.97FC.F330

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	425,00	0,78057085	331,76
Acréscimo Bônus AMARELA			1,09
Contrib. Ium. Pública Municipal			17,46
ICMS Subvenção-CDE-MF 089867455-07/09/19			2,84
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,01
TOTAL DA FATURA			352,13

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
332,84	25,00	83,21	332,84	0,62	2,07	332,84	3,21	10,68

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(KWh)	0,5432000	JUL 19	425
		JUN 19	443
		MAY 19	474
		ABR 19	373
		MAR 19	479
		FEV 19	388
		JAN 19	261
		DEZ 18	400
		NOV 18	364
		OUT 18	342
		SET 18	377
		AGO 18	352
		JUL 18	323

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		MÊS/2019			
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIC-Não horas em Energia	0,00	4,43	9,87	10,34	
FID-Não horas em Energia	0,00	3,17	6,36	12,70	
DME-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,69	0,00	0,00	
DCE-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DCE: 12,22
EUSD-Valor do Emprego do Uso = R\$ 125,01					
Toda Contabilidade pode solicitar a suspensão dos indicadores DCE, FID, DME e DCEU e qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ANUAL		Nº DECONTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWH
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
0000000312163819	CAT	05/06/2019	28.000,00	03/07/2019	28.515,00	30	1,00000	425,00

DATA PRÓXIMA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/08/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você 7 dias úteis antes de vencer e artigos: governador Carlos de Lima convocante casa casada / comercial fechadas: av coronel Francisco Lundgren 424 loja 01
No data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	399

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

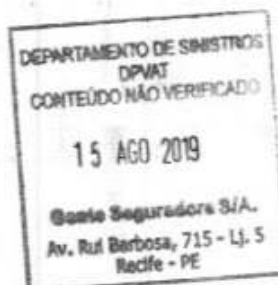
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
062792344014	07/2019	0,00	19/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.
Banco 001-9 Agência 8634

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até 15 dias úteis antes do vencimento.
Para maiores informações ligue 116

www.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/loain.neopenergia.com RFCConversionService?rediref=next



Scanned by CamScanner



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO
28063

NOME
BRUNO DE ARAUJO SENA

FILIAÇÃO
**ERALDO MORAES DE SENA
MARILEIDE DE ARAUJO SENA**

NACIONALIDADE
OLINDA-PE

RG
10980448 - SDS/PE

DATA DE NASCIMENTO
30/11/1985

CPF
060.473.174-48

DATA DE EMISSÃO
02 05/06/2019

LOCAL DE EMISSÃO
02 05/06/2019

ASSINATURA
Br - A - Br

BRUNO DE ALBUQUERQUE RAPTISTA
PRESIDENTE

DEPARTAMENTO DE SISTR
CPMAT
CONTÉIDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
Sociedade Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Scanned by CamScanner

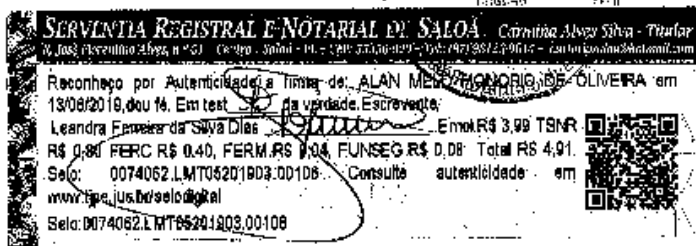
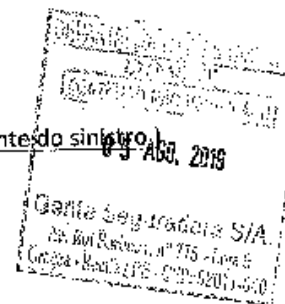
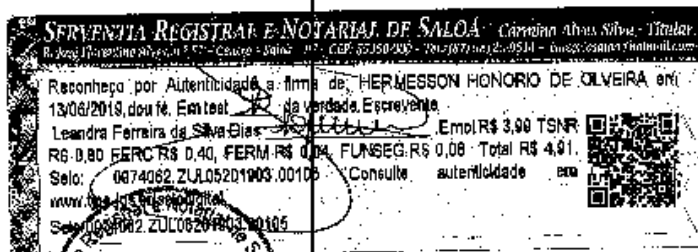


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Hermesson Honorio de Oliveira
RG nº 99.146.810-4, data de expedição 01/10/2019
Órgão SSP, portador do CPF nº 489.034.908-03, com
domicílio na cidade de Salão, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Pastoreio semântico na Pata, nº _____,
complemento EU, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ALAN MELO MONTEIRO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era
ALAN MELO MONTEIRO DE OLIVEIRA
Veículo: PAT Motoqueiro
Modelo: HONDA/CO150 FAN ESDI
Ano: 2019/2015
Placa: 0Y24640
Chassi: 9CARC1680FR508455
Data do Acidente: 24/03/2019
Local e Data: BR061/2019 SALÃO

Hermesson Honorio de Oliveira
Assinatura do Declarante

ALAN MELO MONTEIRO DE OLIVEIRA
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Sílvio Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora de Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
51703	27/03/2019 às 22:45:25		EMERGÊNCIA ORTOP

Formações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025386306 - ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

NS: 160717562790004 Nascimento: 13/12/1994 Idade: 24 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: SUMARE - SP Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 9972504 Filiação: Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO

Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO SERRA D'APRATA, Nº Complemento:

Bairro: ZONA RURAL Cidade: Saloá UF: PE Telefone: (87) 8129-2536

acompanhante: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

correria: Meio de Transporte:

Procedência: Saloá

Atendimento Médico: Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Exatidão Principal:

IDA: *Dono de estofado musculoso*
Leaves E

História de Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Última de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte: Realizado: ☐ Não ☐

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.:

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm.Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular: Escala: Glasgow: Resposta Verbal: Escala: Glasgow: Resposta Motora: Escala:

pro: Hora: Escala: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Cód. Procedim:

Ass. Médico + Ca

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + I

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico de Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Pior

☐ Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

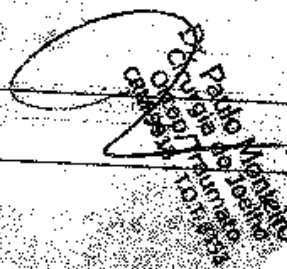
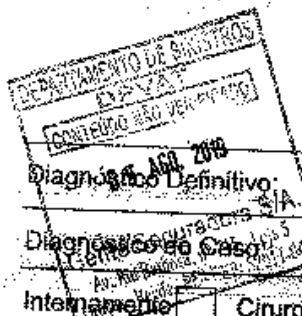
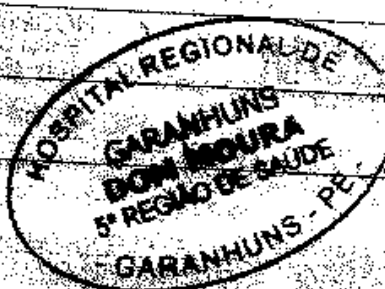
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Idade: 25			
Situação/Queixa:				

PROCEDÊNCIA			
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS			
PA:	P:	R:	T:
SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow:

RÉGUA DE DOR	
LEVE	MODERADA
GRAVE	

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmado
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	
Ritmo Sinusal	Palpitações	Bradicardia		
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Tangese	
Palidez	Sudorese			

DOR TORÁXICA	
INTENSA	MODERADA

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR				
Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Abdôme

DOR PRESENTE	
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS
QUANDO RESPIRA	

Fluxograma:

Data:

Assinatura/Carimbo



[illegible][illegible]



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Atendimento: 497342 Prontuário: 335221	
Nome: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA	
Data Nasc.: 13/12/1994	Idade: 24 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF:	RG: 9972504 CNS: 160717562790004
Endereço: SÍTIO SERRINHA DA PRATA Nº: 0	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: SALOA Estado: PE
CEP: 55353971	Fone: 981762076 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO	
Acompanhante:	
Motivo de Atendimento: QUEDA DE MOTO	
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
2. ATENDIMENTO Data: 01/04/2019 12:13 Médico: MEDICO PLANTONISTA	
Queixa Principal / HDA: Paciente com trauma distal do membro superior direito com hemorragia no local.	
Exame Físico:	PA: FC: FR: Paciente com ferida perfurante no membro superior direito.
Diag. Provisório:	Fratura do úmero / lesão no local
Tratamento: U: Imobilização pl. TTO: Curativo	
Prescrição:	Dieta: Horário:
Data:	Dr. Mauricio Ortopedia / Traumatologia Cirurgião de Plantão CRM-PE: 16.693.1607-7
05 AGO. 2019	



Nº 7.575.62.99.0004

2 - 08

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

SENHA: 5653023

Unidade de Saúde		Município	Região de Saúde	
H.R. DM		CCS	V	
Nome do Paciente				
ALAN ALAN HONORIO DE OLIVEIRA				
Quadro Clínico				
DOR + IMPOTÊNCIA FUNCIONAL PORCO E SINTOMAS CLÍNICOS DE LESÃO DO N. RADIAL E				
Diagnóstico				
LESÃO DO N. RADIAL E + LESÃO DO N. RADIAL				
1ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)	CAUARI		
	Assinatura do Responsável			
2ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)			
	Assinatura do Responsável			
3ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)			
	Assinatura do Responsável			
4ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)			
	Assinatura do Responsável			
Unidade prestadora do atendimento		Município	H. de Saída	H. de Chegada
Especificação do Atendimento		Prostado		
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.	Data	

Dr. Saulo Almeida
Otorrinolaringologista
CRM-ORL 4551
FEAT/PA

05 ABR 2019
15h30min
15h30min



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde:	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente:	ALAN MEO HONORIO DE OLIVEIRA	Nº Registro:	
Clinica:	ORTOPEDIA	Nº do leito:	
Operador:	DR. MARCELO CAPELA		
1ª Assistente:	DR. CLAYTON DOS ANJOS R3	2ª Assistente:	DR. MARCOS GONCALVES R3
Instrumentador:		Anestesista:	
Anestesia:	BLOQUEIO DE PLEXO	Duração:	
Data da Operação:	16/04/2019	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-operatório:	FRATURA DIAFISARIA DE UMERUO + LESAO DE PLEXO BRAQUIAL		
Diagnóstico Pós-operatório:	O MESMO		
Operação Proposta:	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DIAFISARIA DE UMERUO		
Operação Realizada:	A MESMA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO			
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO + ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. INSISÃO AOTEROLATERAL + DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA 4. VISUALIZADO FOCO FRATURARIO + REALIZADO CALOSTOMIA + REDUÇÃO DA FRATURA 5. FIXAÇÃO COM PLACA DCP 4,5 MM LARGA DE 7 FURROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS (3 DISTAIS E 3 PROXIMAIS) 6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO 9% 7. REVISÃO DA HEMOSTASIA 8. SUTURA POR PLANOS 9. CURATIVO 10. ENCAMINHADO PACIENTE A SRPA.			

Dr. Marcos Gonçalves
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 00000

16.04.2019





N 218367

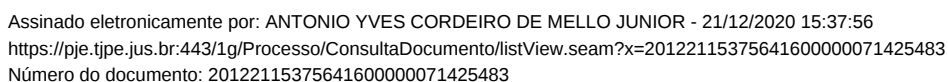
ਪ੍ਰਸ਼ੰਸਾ

SEP 25 1964

Obs: Paciente com forte prurido de mto. local
medicinas e almon.

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TECNICA/ANESTESIA
1. 100% O ₂	100%	1 litro	1. 100% O ₂
2. 100% N ₂ O	100%	1 litro	2. 100% N ₂ O
3. 100% CO ₂	100%	1 litro	3. 100% CO ₂
4. 100% H ₂ O	100%	1 litro	4. 100% H ₂ O
5. 100% H ₂	100%	1 litro	5. 100% H ₂
6. 100% He	100%	1 litro	6. 100% He
7. 100% Ar	100%	1 litro	7. 100% Ar
8. 100% Kr	100%	1 litro	8. 100% Kr
9. 100% Xe	100%	1 litro	9. 100% Xe
10. 100% Ne	100%	1 litro	10. 100% Ne
11. 100% D ₂	100%	1 litro	11. 100% D ₂
12. 100% T ₂	100%	1 litro	12. 100% T ₂
13. 100% U ₂	100%	1 litro	13. 100% U ₂
14. 100% V ₂	100%	1 litro	14. 100% V ₂
15. 100% Cr ₂	100%	1 litro	15. 100% Cr ₂
16. 100% Mn ₂	100%	1 litro	16. 100% Mn ₂
17. 100% Fe ₂	100%	1 litro	17. 100% Fe ₂
18. 100% Co ₂	100%	1 litro	18. 100% Co ₂
19. 100% Ni ₂	100%	1 litro	19. 100% Ni ₂
20. 100% Cu ₂	100%	1 litro	20. 100% Cu ₂
21. 100% Zn ₂	100%	1 litro	21. 100% Zn ₂
22. 100% Ga ₂	100%	1 litro	22. 100% Ga ₂
23. 100% Ge ₂	100%	1 litro	23. 100% Ge ₂
24. 100% As ₂	100%	1 litro	24. 100% As ₂
25. 100% Se ₂	100%	1 litro	25. 100% Se ₂
26. 100% Br ₂	100%	1 litro	26. 100% Br ₂
27. 100% I ₂	100%	1 litro	27. 100% I ₂
28. 100% At ₂	100%	1 litro	28. 100% At ₂
29. 100% Rn	100%	1 litro	29. 100% Rn
30. 100% Fr	100%	1 litro	30. 100% Fr
31. 100% Ra	100%	1 litro	31. 100% Ra
32. 100% Ac	100%	1 litro	32. 100% Ac
33. 100% Th	100%	1 litro	33. 100% Th
34. 100% Pa	100%	1 litro	34. 100% Pa
35. 100% U	100%	1 litro	35. 100% U
36. 100% Np	100%	1 litro	36. 100% Np
37. 100% Pu	100%	1 litro	37. 100% Pu
38. 100% Am	100%	1 litro	38. 100% Am
39. 100% Cm	100%	1 litro	39. 100% Cm
40. 100% Bk	100%	1 litro	40. 100% Bk
41. 100% Cf	100%	1 litro	41. 100% Cf
42. 100% Es	100%	1 litro	42. 100% Es
43. 100% Fm	100%	1 litro	43. 100% Fm
44. 100% Md	100%	1 litro	44. 100% Md
45. 100% No	100%	1 litro	45. 100% No
46. 100% Lr	100%	1 litro	46. 100% Lr
47. 100% Hf	100%	1 litro	47. 100% Hf
48. 100% Ta	100%	1 litro	48. 100% Ta
49. 100% W	100%	1 litro	49. 100% W
50. 100% Re	100%	1 litro	50. 100% Re
51. 100% Os	100%	1 litro	51. 100% Os
52. 100% Ir	100%	1 litro	52. 100% Ir
53. 100% Pt	100%	1 litro	53. 100% Pt
54. 100% Au	100%	1 litro	54. 100% Au
55. 100% Hg	100%	1 litro	55. 100% Hg
56. 100% Tl	100%	1 litro	56. 100% Tl
57. 100% Pb	100%	1 litro	57. 100% Pb
58. 100% Bi	100%	1 litro	58. 100% Bi
59. 100% Po	100%	1 litro	59. 100% Po
60. 100% At	100%	1 litro	60. 100% At
61. 100% Rn	100%	1 litro	61. 100% Rn
62. 100% Fr	100%	1 litro	62. 100% Fr
63. 100% Ra	100%	1 litro	63. 100% Ra
64. 100% Ac	100%	1 litro	64. 100% Ac
65. 100% Th	100%	1 litro	65. 100% Th
66. 100% Pa	100%	1 litro	66. 100% Pa
67. 100% U	100%	1 litro	67. 100% U
68. 100% Np	100%	1 litro	68. 100% Np
69. 100			

Handwritten: *Handwritten text, possibly a signature or name, partially obscured by a stamp.*



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: Alagado Amarelo
Nome: de Sousa
Registro Nº:
Clínica: Enfermaria:

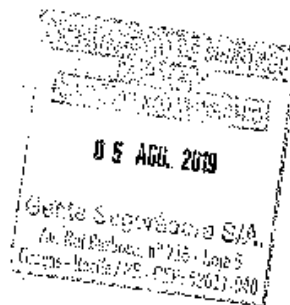
paciente vítima
de acidente de
moto em 27/3/2019
(sic). Lesões pleco
traumáticas a E +
frat. diag. v. n. e.
ver exames
complementares,
resumo de alta e
clínica. Exame
pl. fr. p. n. e. ENX,
81. Nel. pl. p. n. e.
de hematoma e outros
Data: 29/3/2019

Médico CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elfelds Monteiro de Souza

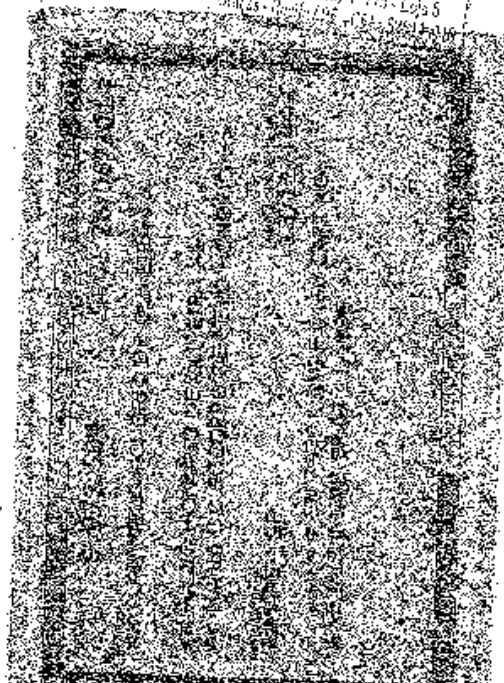
29/3/2019
Lugar

Dr. Nilton Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10660
2º Concurso





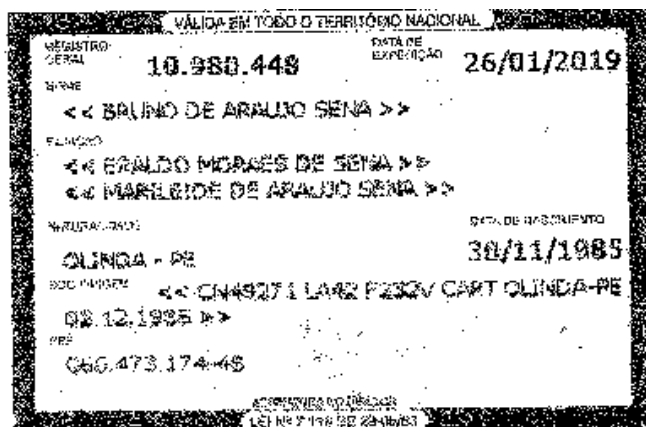
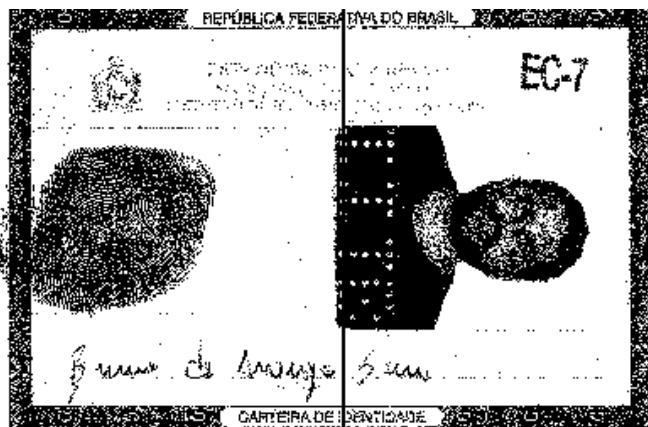
RECEBIMOS DO DETRAN
O VISTADO DE IDENTIFICACAO
05 AGO, 2019
Detran - Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro
Rua do Barão, nº 115 - Lapa 5
Cidade - Rio de Janeiro - RJ - 20040-000



PROCURADOR GERAL DO ESTADO
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CONDOMÍNIO DE FORTALEZA
VIA DO AEROPORTO, 1500 - JARDIM
Nº 1500 - JARDIM
FONE: (85) 3241.1111
CNPJ: 06.940.888/0001-90
Data de Nascimento: 12/12/1964
Data de Emissão: 12/12/2020
Assinado por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Cargo: Procurador Geral do Estado
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data de Emissão: 12/12/2020
Assinado por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Cargo: Procurador Geral do Estado

05 ACO, 2019
Oeste do Rio Grande do Sul
Av. Itália, nº 70 - Lapa
Gravata, RS - CEP: 91.100-100





05 AGO. 2019

Carteira de Identidade nº 10.980.448
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 21/12/2020 15:37:56



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014667275223

PLACA: 004-004-004-004

VEÍCULO: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
ANOMALIAS DE VEÍCULO E/OU DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA
E/OU DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA

PE Nº 014667275223 BILHETE DE SEGURO DPVAT

HERMES JON SOBRINHO DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800-022-1204

EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

PLACA: 004-004-004-004

05 AGO, 2019
Gonçalo Gonçalves da Silva
R. da Paz, 111 - 111 - 111
Cidade: Recife/PE - CEP: 50000-000



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264842/19

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

CPF: 115.885.914-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA : 115.885.914-76

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: 05/08/2019
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA
CPF: 060.473.174-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

BRUNO DE ARAUJO SENA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264842/19

Número do Sinistro: 3190462143

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

CPF: 115.885.914-76

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/03/2019

Titular do CPF: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

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: 14/08/2019
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA
CPF: 060.473.174-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

BRUNO DE ARAUJO SENA

Marta Marinho dos Santos

