



Número: **0072266-50.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA (AUTOR)		BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO) LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72756 249	18/12/2020 12:09	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200207530

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 09/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

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,

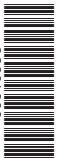
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15847521

Pag. 01971/01972 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010986





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200207530**

**Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA**

**Data do Acidente: 09/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA**

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. 00993/00994 - carta\_02 - INVALIDEZ

00040497



Carta nº 15857548





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200207530**

**Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA**

**Data do Acidente: 09/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000006992-2**

Conta: **000000572010-9**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200207530  
Nome do(a) Examinado(a): GIVANILDO CERIANO DA SILVA LIMA  
Endereço do(a) Examinado(a): R ESTACAO, 28, C, FR CANECA  
JAQUEIRA Pernambuco - CEP: 55409-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ sspPE / Pernambuco ] 8159646  
Data local do acidente: [ 09/02/2020 ]  
Data local do exame: [ 27/06/2020 ] CARUARU - Pernambuco

## Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**Fratura segmentar de fêmur direito**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito com haste intramedular**  
**Complicações: sem complicações do referido acidente**  
**Data da Alta: 27/06/2020**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**Apresenta bloqueio de mobilidade do joelho com extensão total e flexão máxima de 80 graus**
- IV. Nexo de casualidade: 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:  
**Limitação funcional moderada do joelho direito.**  
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 (\*)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"              | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"   |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <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):<br><b>Joelho - Direito</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><b>( X ) 50% médio</b> <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo                | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo     |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.  
**Vítima apresenta ferimento na região dorsal do pé direito, sem sequelas anatomicas ou funcionais.**

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

  
**Jackson Jose Florencio Junior**  
CRM - PE 12.373  
TEOT 13821  
CPF - 04648138406  
CRM - Pernambuco - 18573







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

086.113.334-03

GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

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

5 - Nome completo:

GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

6 - CPF:

086.113.334-03

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA DA ESTAÇÃO

9 - Número:

10 - Complemento:

28

CASA

11 - Bairro:

FREI CANECA

12 - Cidade:

JACQUEIRA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.409-000

15 - E-mail:

BRUNNA - PERAZZO @HOTMAIL.COM

16 - Tel. (fixo):

(81) 9.7991-0084

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos aliados. Anexe uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRDESCO**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sem que (assinale 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 provimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima possui companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima possui irmãos(ãs)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha endos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima possui passaporte vivo?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (\*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife/PE, 03 de junho de 2020

Givanildo Ceriaco da Silva Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 85ª CIRCUNSCRIÇÃO - JAQUEIRA - DP85ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0175000132**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2020** às **09:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **9/2/2020** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO BENEDITO DO SUL, 01, BR 101 - Bairro: CENTRO - SAO BENEDITO DO SUL/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
MARIA JOSÉ IZÍDIO DOS SANTOS (NOTICIANTE)  
JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS (OUTRO)  
GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**MARIA JOSÉ IZÍDIO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: TEREZINHA MARIA IZIDORIO DA SILVA Pai: CICERO IZIDIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/5/1985 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JAQUEIRA, 28, RUA DA ESTAÇÃO - FREI CANECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JAQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: QUITERIA FILOMENA DA SILVA Pai: JOSÉ CERIACO DE LIMA Data de Nascimento: 6/11/1988 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JAQUEIRA, 28, RUA DA ESTAÇÃO - FREI CANECA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JAQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DYM5660** (RIO DE JANEIRO/RIO DE JANEIRO) Renavam: **924002018** Chassi: **9C2KC08107R196479**  
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007**





Complemento / Observação

SEGUNDO A NOTICIANTE, É ESPOSA DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTO NO SENTIDO QUIPAPÁ X JAQUEIRA QUANDO, EM UMA CURVA, TERIA SE CHOCADO DE FRENTE COM UMA OUTRA MOTO. AINDA SEGUNDO A NOTICIANTE, APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA TERIA SIDO CONDUZIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SÃO BENEDITO DO SUL, E DE LÁ TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE, ONDE TERIA FICADO INTERNADO E SE SUBMETIDO A 04 CIRURGIAS NA PERNA DIREITA. DAÍ SUA VINDA A ESTA DP PARA COMUNICAÇÃO DO FATO. OBS: PROTOÁRIO N 5879668-HR.

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

*Maria José Izidio dos Santos*  
MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **KARIM ALVES PIRES** - Matrícula: **221554-3**

*Carismillo Geriaco da Silva Lima*







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

086.113.334-03 GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

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

5 - Nome completo:

GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

6 - CPF:

086.113.334-03

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA DA ESTAÇÃO

9 - Estado:

28

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

FREI CANECA

12 - Cidade:

JACQUEIRA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.409-000

15 - E-mail:

BRUNNA - PERAZZO @HOTMAIL.COM

16 - Telefone:

(81) 9.7991-0084

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (Comente 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: **BRDESCO**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sem 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 provimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de condenação por futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima possui companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima possui irmãos?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha endos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

33 - Vítima possui parentes?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura:

35 - Nome legível de quem assina a requisição:

36 - CPF legível de quem assina a requisição:

37 - (\*) Assinatura de quem assina a requisição:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife/PE, 03 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Digitalizado com CamScanner



Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
Secretaria de Saúde

João Paulo de Souza  
CEN-PE 096 928 ENF

Nº de Cadastro

FICHA DE ATENDIMENTO

746340  
6.05.2020

1. Hora de chegada: 19:15	2. Chegada em local: 19:40	3. Tipo de local: 2. Co	4. Hora de conclusão: 04:15	5. Saída do hospital: 02:20
6. Motivo da chamada: Calor de nascido				7. Data: 07/05/2020
8. Tipo de veículo: <input type="checkbox"/> 1. TUA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. VPR <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero <input type="checkbox"/> 5. Helo				
9. Carga de atendimento: <input type="checkbox"/> 1. Tonsilite <input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública <input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 4. SAD				
10. Medição vital: Amanda				11. Tipo de ferimento: Ferida
12. Paciente: Guilherme Gomes da Silva Lima				13. Solitário
14. Data de nascimento: 06/11/1981	15. Idade: 38	16. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino		
17. Legado: R. Edson Silva Paula				18. Nº:
19. Nome: Proclama				20. Unidade: Inquirido
21. Zila: <input type="checkbox"/> 1. Urbano <input checked="" type="checkbox"/> 2. Rural	22. Referência: Trevo Eng. Pires (San. Paratito 6 Sul)			
23. Local de ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Sim <input type="checkbox"/> 3. Domicílio <input type="checkbox"/> 4. Não	24. Condição relatada ao médico: <input type="checkbox"/> 1. Queda <input type="checkbox"/> 2. Queda de altura <input type="checkbox"/> 3. Queda de altura <input type="checkbox"/> 4. Queda de altura <input type="checkbox"/> 5. Queda de altura <input type="checkbox"/> 6. Queda de altura			
25. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	26. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
27. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	28. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
29. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	30. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
31. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	32. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
33. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	34. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
35. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	36. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
37. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	38. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
39. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	40. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
41. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	42. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
43. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	44. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
45. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	46. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
47. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	48. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
49. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	50. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
51. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	52. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
53. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	54. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
55. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	56. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
57. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	58. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
59. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	60. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
61. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	62. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
63. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	64. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
65. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	66. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
67. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	68. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
69. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	70. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
71. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	72. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
73. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	74. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
75. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	76. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
77. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	78. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
79. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	80. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
81. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	82. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
83. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	84. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
85. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	86. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
87. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	88. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
89. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	90. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
91. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	92. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
93. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	94. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
95. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	96. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
97. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	98. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			
99. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento	100. Tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> 1. Ferimento <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ferimento <input type="checkbox"/> 3. Ferimento <input type="checkbox"/> 4. Ferimento <input type="checkbox"/> 5. Ferimento			



1. Localidade:

- ☒ 1. Início: Coluna cervical ☒ 2. Utilização de prancha  
☒ 3. Início: Membros ☐ 4. R.E.O.  
☐ 5. Quiroterapia

*Assinado*  
 Joaquina M. Brito da Silva  
 COREN-PE 432676 ENF  
 Legado em  
 06.05.2020

50. Unidade de destino:

51. Médicos que atuaram:

52. Exatidão:

Médico assistente:

Exatidão:

Técnica de enfermagem:

Condição/Fato:

Responsável pelo encaminhamento:

Solicitou apoio da UTI

☐ 1. Sim

☒ 2. Não

Observações:

53. Outras observações:

Paciente vítima de colisão de moto com moto com fratura exposta em M.E.O. + expensas das tendões, com risco para co-fusão.

Refeição/encargado

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Causa:

Destino:

Obs: Registrar todos os encaminhamentos ocorridos no campo das observações.

54. Cancelamento da ocorrência

☐ 1. Pelo médico requerido

☐ 2. Pelo solicitante

☐ 3. Por falta

☐ 4. Por cenário de risco para a equipe

55. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra

orientação médica

Testemunha:

Assinatura:

R.G.

Data:

6.1. Múltiplas vítimas:

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO



BRABESCO

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: 02/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIVANILDO CERIANO DA SILVA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06992-2

CONTA: 000000572010-9

---


---

Nr. Autenticação


BRABESCO0207202005000000000023706992000000572010168750 PAGO





Recibo do Telegrama	Data	Hora	
	Nome Legível do Recebador		
Uso dos Correios	Rubrica do Carteiro	Matrícula	Tipo/Serviços Adicionais <b>DHP 25/09/2019 09:11</b>



DESTACAR AQUI	REMETENTE	RENATA CARNEIRO LEITE Rua Quarenta e Oito 208 APT 1003 Espinheiro 52020-060 A-Recife/PE	USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS 1. <input type="checkbox"/> Mudou-se      6. <input type="checkbox"/> Recusado 2. <input type="checkbox"/> Ausente      7. <input type="checkbox"/> Falecido 3. <input type="checkbox"/> Desconhecido      8. <input type="checkbox"/> Não existe o número indicado 4. <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente. Faltou: 5. <input type="checkbox"/> Outros (Especificar):	DESTACAR AQUI
	DESTINATÁRIO	BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS Avenida Conde da Boa Vista 50 SALA 1031 - 10º ANDAR Boa Vista 50060-002 - Recife/PE	NÚMERO DO TELEGRAMA: <b>MB143298187BR 2168</b>  <b>DHP 25/09/2019 09:11</b>	

PE 25/09/13:41



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Brunna Marques Perazzo Seixas inscrito (a) no CPF 052.200.554 / 37,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Givanildo Ceriaco Da Silva Lima inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 086.113.334 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
Givanildo Ceriaco Da Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.113.334 / 03, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

CNH e Comprovante de Residência

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Avenida Conde da Boa Vista		50	SL 1031
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Boa Vista	Recife	PE	50.060-002
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
BRUNNA_PERRAZO@HOTMAIL.COM		(81) 3040-6412	(81) 9.9791-0084

Recife/PE, 03 de Junho de 2020

Local e Data

Brunna M. Perazzo

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:09:26  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812092598700000071324414>  
Número do documento: 20121812092598700000071324414

Num. 72756249 - Pág. 13



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE - SES  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : \_\_\_\_\_

Pothyra Pascoal

Residente

CRM : \_\_\_\_\_ Traumatologia / Ortopedia

CREMEPE 29381

End. : \_\_\_\_\_

Cidade : \_\_\_\_\_ UF : \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Qivanildo Leriaco da Silva

Endereço : \_\_\_\_\_

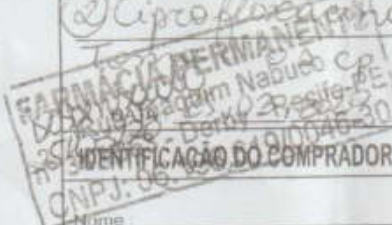
Uso Oral

Prescrição : ① Clindamicina 30mg — 28cp

Tomar 01 cp de 6/6h por 7 dias

② Ciprofloxacino 500 mg — 14 cp

Tomar 01 cp de 12/12h por 7 dias



ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

Pothyra Pascoal  
Residente  
Traumatologia / Ortopedia  
CREMEPE 29381

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : \_\_\_\_\_

Ident. : \_\_\_\_\_ Org. Emissor : \_\_\_\_\_

End. : \_\_\_\_\_

Cidade : \_\_\_\_\_ UF : \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Co-1. 0339





Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco  
**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
Serviço de Traumato-Ortopedia



## DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que **GIVANILDO CERIACO DA SILVA**, sob o registro hospitalar **1712080** está internada nesta unidade hospitalar, desde o dia **09/02/2020**, para tratamento cirúrgico ortopédico com quadro de **FRATURA MEMBRO INFERIOR DIREITO**.  
Paciente sem previsão de alta hospitalar.  
**CID: S723**

**Data:** 17 de março de 2020

Dr. Káio Máximo C. S.  
MÉDICO  
CRM-P 7407

---

**Médico – CRM**





5879668 *MP*

049

PREFEITURA DE  
SÃO BENEDITO DO SUL  
Respeito a nossa gente

## MATERNIDADE UNIDADE MISTA SANTA RITA

SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal de Saúde

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data: 09/10/2020

Hora: 20:15

## PACIENTE

C. SUS:

Fone:

Nome: Givânia Sérgio da Silva Lima

Documento Nº

Genitora:

Data Nas.: 1/1/30

Sexo: M

Cor: Pm

Endereço: A. Edson Lima Paula

Bairro: Ponto de Referência:

## OCORRÊNCIA

☒ Acidente de Trânsito☐ Outros Acidentes☐ Agressão☐ Intoxicação c/ Agrotóxicos☐ Acidente de Trabalho☐ Picada de Animais Peçonhentos☐ Intoxicação Medicamentos☐ Outras Causas☐ Suicídio

Local de Ocorrência:

Acompanhamento:

## ATENDIMENTO

## QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO

Paciente vítima de acidente

F.

## EXAME FÍSICO

PESO

TEMP

PA

FC

FR

100x70

80

SpO2 97%



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1712080

Nome: Qirvanildo Leivas da Silva

Foi atendido às 23:46 hs. do dia 09 / 02 / 2020

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de  
acidente motociclístico e  
fratura em fêmur e patela  
direitos + osteíte patela D.

Tratamento Realizado: Tratamento cirúrgico  
para fratura de fêmur e patela  
direitos + antibioticoterapia.

Observação: Retornar em 30 dias para  
consulta ambulatorial (ortopedia  
Dr. Fabio Brandão). Tratamento das  
atividades laborais por 60 dias.

Cópia de:

Pothyra Pascoal  
Residente

Medicina Ortopedia  
CREMEPE 29381

25/03/2020

**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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1712080

Nome: Givanildo Leirao da Silva

Foi atendido às 23:46 hs. do dia 09 / 02 / 2020

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motociclístico e fratura em fêmur e patela direitos + osteomielite patela D.

Tratamento Realizado: Tratamento cirúrgico para fratura de fêmur e patela direitos + antibioticoterapia.

Observação: Retornar em 30 dias para consulta ambulatorial (Ortopedia - Dr. Fabio Brandão). Tratamento das atividades laborais por 60 dias.

Cópia de:

Pothyra Pascoal  
Residente

Medicina Ortopedia  
CREMEPE 29381

25/03/2020

**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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200207530 **Cidade:** São Benedito do Sul **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GIVANILDO CERIANO DA SILVA **Data do acidente:** 09/02/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON  
LIMA SEGUROS E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura segmentar de fêmur direito

**Descrição do exame físico:** Apresenta bloqueio de mobilidade do joelho com extensão total e flexão máxima de 80 graus

**Resultados terapêuticos:** Limitação de mobilidade articular do joelho direito

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/06/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161268/20

**Vítima:** GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

**CPF:** 086.113.334-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/02/2020

**Titular do CPF:** GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

#### GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA : 086.113.334-03

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/06/2020  
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS  
CPF: 052.200.554-37

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GIVANILDO CERIANO DA SILVA LIMA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: AUTÔNOMO  
Identidade: 8.159.646-608/PE CPF: 086.113.334-03  
Endereço: RUA DA ESTAÇÃO, 28 - FREI CANECA - SAGUEIRA - PE -  
CEP: 55.409-000.

OUTORGADO:

Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADA  
Profissão: ADVOGADA  
Identidade: 27708-0AB/PE CPF: 052.200.554-37  
Endereço: AV. CONDE DA BOA VISTA 50, BOAVISTA RECIFE/PE - 50.060-002.

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 DOS CONSÓRCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

GIVANILDO CERIANO DA SILVA LIMA

RECIFE/PE, 03 DE JUNHO DE 2020.  
Local e data

Givaniildo Ceriano da Silva Lima

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161268/20

**Vítima:** GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

**CPF:** 086.113.334-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/02/2020

**Titular do CPF:** GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

#### GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA : 086.113.334-03

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/06/2020  
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS  
CPF: 052.200.554-37

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Marta Marinho dos Santos

