

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200368516

Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: CARLOS EDUARDO DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 000000024736-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.301.954-60 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO DA SILVA 6 - CPF: 014.301.954-60
7 - Profissão: COZINHEIRO 8 - Endereço: RUA COTILDE PEREIRA DE LIMA 9 - Número: 100 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FRAGOSO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.402-610
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com 16 - Tel./DDD: (81) 3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

AGÊNCIA: 3220 CONTA: 00024736 3 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 prosseguimento 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 prévia 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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Abreu e Lima/PE 13/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
x CARLOS EDUARDO DA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0116001553**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2020** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **12/4/2020** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANAPOLIS, 1** - Bairro: **FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** -

CEP: **53130-150**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CARLOS EDUARDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

CARLOS EDUARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA ANA DA CONCIECAO** Pai: **FRANCISCO SERGIO DA SILVA** Data de Nascimento: **5/2/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL** Documentos: **6352968/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COZINHEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 986820981**

Residencial: **CLOTILDE PEREIRA DE LIMA, 100, FRAGOSO, PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

CARLOS EDUARDO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFO8618** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SE DIRIGIA SENTIDO JARDIM ATALNTICO CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA, QUANDO COLIDIU COM UMVEICULO DESCONHECIDO QUE VINHA NA CONTRA MÃO, CAINDO COM A MOTO NO CHÃO, DE ONDE CAUSOU LESÃO NO TORNOZELO , E VINDO DEPOIS A SABER QUE TINHA FRATURADO , SENDO LEVADO PELO SAMU ATÉ A UPA DA TABAJARA E DE LÁ REMOVIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRÃES ONDE FOI FEITO O PROCEDIMENTO MÉDICO. INFORMA AINDA QUE O VEICULO DESCONHECIDO FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Carlos Eduardo da Silva

CARLOS EDUARDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ERNADES ALVES FERREIRA** - Matrícula: **151512-8**

(Liberado em **09/10/2020** às **10:51**)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200368516 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA **Data do acidente:** 12/04/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2,3,4,6,8,11,14)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.301.954-60 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO DA SILVA 6 - CPF: 014.301.954-60
7 - Profissão: COZINHEIRO 8 - Endereço: RUA COTILDE PEREIRA DE LIMA 9 - Número: 100 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: FRAGOSO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.402-610
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com 16 - Tel./DDD: (81) 3538-0069

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3220 CONTA: 00024736 3 AGÊNCIA: CONTA:

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, 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 prosseguimento 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 prévia 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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Abreu e Lima/PE 13/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
x CARLOS EDUARDO DA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO DA SILVA

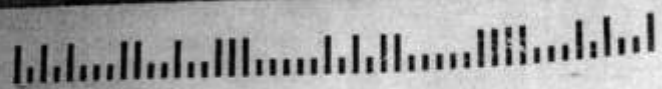
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000024736-3

Nr. da Autenticação A3EF5F2912A01251

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2020
Veículos Usados



CARLOS EDUARDO DA SILVA
RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA 100

FRAGOSO
53402-610 PAULISTA PE

PFO8618

YAMAHA/FACTOR YBR125 ED



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103668667 Set/2020
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMATICO: 103668667

SITUACAO AGUA	SITUACAO ESGOTO	QUANTIDADE DE CONSUMOS	QUANTIDADE DE CONSUMOS
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL 1
INDICADOR	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A175224252	29/08/2020	29/09/2020	MEDIA HD

AGUA:
LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 5
LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

08/2020 01
07/2020 01
06/2020 01
05/2020 01
04/2020 01
03/2020 01

MEDIA: 01

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	47
COR APARENTE	48	48	40
COLORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	46
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICAOES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICAOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2020		2,17
JUROS DE MORA 01/2020 02/2020 03/2020 E OUTRAS		21,20

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	108,92	1,65	1,80
ICMS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/10/2020

TOTAL A PAGAR: 132,29

MENSAGEM:

8261888801 - 1 32290018168-6 10366866701-0 09202070003-4 IMPRESSO EM: 29-09-2020 13:08:15

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.301.954-60, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima CARLOS EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.301.954-60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 13 de Outubro de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/04/2020 21:14

Nome Paciente: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1982
Sexo: Masculino
Idade: 38 anos
Senha: 0117
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 12/04/2020 21:16 - 12/04/2020 21:19

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO SAMU OLINDA, DOR E EDEMA EM MID. NEGA VOMITO + DESMAIO

Observação: NEGA ALERGIA-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/04/2020 21:19

Atendimento: 1613524

Senha da Classificação:

011

Data e Hora: 12/04/2020 21:23

Paciente: 540322 CARLOS EDUARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/02/1982 Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO

Nome do Pai: SEM DOC

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA SEBASTIAO PEREIRA

100

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53090676

Usuário Atendimento: ALEXSANDRACA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87750094

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: 21:22

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido

Para: TMA 5921695 Senha:

Carimbo/Médico

EDUARDO DE OLIVEIRA MACHADO
Coronel Médico
CREMEPE-8208
INT: 076285322-6 M7

2303



1613524

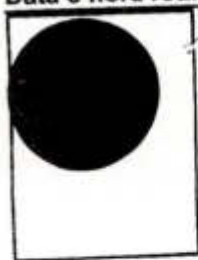
FARMACIA
ATENDIMENTO

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/04/2020 14:46



Nome Paciente: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1982
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0038
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Ortho

: 13/04/2020 15:21 - 13/04/2020 15:24

KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

VINDO DA UPA DE OLINDA
SENHA 5921695
ACIDENTE DE MOTO X CARRO
REFERE USO DE CAPACETE + DOR EM MID

Medicamento(s):

NÃO FAZ USO

Observação:

NEGA DM, HAS E OU ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 101.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 115.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 158.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- PESO: 90.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C



HMA - Hospital Miguel Arraes

Dra. Karina Oliveira
COREN-PE 153469-ENF

Acolhido(a) por: KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/04/2020 15:24



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 524075

Senha da Classificação:

0038

Data e Hora: 13/04/2020 15:34

Paciente: 135909 CARLOS EDUARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/02/1982 Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CLOTILDE PEREIRA DE L -

100

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente evoluiu com up's com Rota de Colisão moto x carro H²
no momento com dor no pé direito. Alérgico a H² e am²

Exame Físico

ECG consistente com ritmo fútil
Mig. wv 0 dor a mobilização
Flickers

Hipótese Diagnóstico

Fratura Base 5^a mtt

Prescrição Médica

Rx PE + tonarotol + Penas

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM/PE 29414

Definir 1g + 2g 6/6h 12 20

Dietas am² Livre

Controle

Retorno 3 dias para avaliação

Pele.

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM/PE 29414

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 524075 Prontuário: 135909 SAME: 122488 Hora Atend: 15:34 Data Atend: 13/04/2020
Paciente..... : CARLOS EDUARDO DA SILVA Idade: 38 a
Endereço..... : RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : PAULISTA UF.: PE CEP: 53402610
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO Hora Saída : 19:10
Data Saída..... : 13/04/2020

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DIAGNOSTICO
ENF. ANGELICA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência (X) Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública (X) Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5921695

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: Carlos Eduardo Silva Idade: 38

Sexo: M (X) F () Profissão: Fone: Rio de Janeiro

Endereço Residencial: Bairro: Rio de Janeiro

Cidade: Duque de Caxias

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista (X) Passageiro () Uso de Capacete: S (X) N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: Dor no tórax + 1 dia

Hipótese Diagnóstica: Fratura costal

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico (X) Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada (X) Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/04/2020 07:48



Nome Paciente: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1982
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: P0001
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 16/04/2020 08:14 - 16/04/2020 08:22

KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE DA ORTOPEDIA VINDO ENCAMINHADO POR ROBSON DINIZ PARA REAVALIAÇÃO;

Observação:

NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 130.00 BPM
- GLICOSE: 104.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 87.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RE
MA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

Kenia

FATURADO
07/05/2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/04/2020 08:22

Página 1 de 1



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 524287

Senha da Classificação:

Data e Hora: 16/04/2020 08:35

Paciente: 135909 CARLOS EDUARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/02/1982 Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: RUA CLOTILDE PEREIRA DE L --

100

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com queixa de dor no local (anterior por os fraturas) devido
fratura da base do 5º metacarpo. Alteração de uso de am b

Exame Físico

ECG consistente orientado eufórico
m. Exm em tórax, fletura

Hipótese Diagnóstico

fratura 5º pm

Prescrição Médica

Retorno no dia 20/04 pm analise Ale
Cumprir Jones + foto
alto.

Dr. Robinson Diniz

Médico

CRM-PE 29414

Dr. Rogério Ananin

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Senha: _____

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 524287 Prontuário: 135909 SAME: 122488 Hora Atend: 08:35 Data Atend: 16/04/2020
Paciente..... : CARLOS EDUARDO DA SILVA Idade: 38 a
Endereço..... : RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA
Bairro..... : FRAGOSO UF.: PE CEP: 53402610
Cidade..... : PAULISTA Plano...: PLANO UNICO
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 10:06
Data Saída..... : 16/04/2020

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/04/2020 12:18

Nome Paciente: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1982
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0015
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

: 20/04/2020 12:34 - 20/04/2020 12:37

LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO POR DR ROBSON PARA AVALIAÇÃO ORTOPEDIA.

Fluxograma sintoma: REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es): - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 92.00 BPM
- GLICOSE: 144.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 131.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 99.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)

Local
Enfermeiro Luan Prexedes
COREN 427.217-ENF

FATURADO
11 / 05 / 2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/04/2020 12:37



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 524567

Senha da Classificação:

0015

Data e Hora: 20/04/2020 12:41

Paciente: 135909 CARLOS EDUARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/02/1982 Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

100

Bairro: FRAGOSO

Endereço: RUA CLOTILDE PEREIRA DE L

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Cidade/UF: PAULISTA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com histórico de fraturas de Bacia de 5º grau há 1 semana, com dor por mobilização de Pélvis. Alérgico a am / Hx /

Exame Físico

CG com consciência orientada e pupila

min.

Hipótese Diagnóstica

Fratura 5º grau

Prescrição Médica

Retorno para avaliação de RU

23/04

Dr. Robson Diniz
Médico
CRM: 29414

01 Fratura

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha: _____

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 524567 Prontuário: 135909 SAME: 122488 Hora Atend: 12:41 Data Atend: 20/04/2020
Paciente..... : CARLOS EDUARDO DA SILVA Idade: 38 a
Endereço..... : RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : PAULISTA UF.: PE CEP: 53402610
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO Hora Saída : 13:30
Data Saída..... : 20/04/2020

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

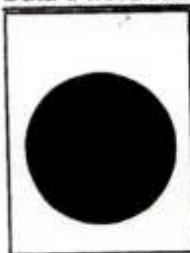
PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/04/2020 13:03



Nome Paciente: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1982
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

[Handwritten signature]

: 30/04/2020 13:04 - 30/04/2020 13:06

JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE RETORNA A PEDIDO MEDICO PARA REAVALIAÇÃO DE PROCEDIMENTO ORTOPEDICO REALIZADO HA 8 DIAS , NEGA HAS E DM E NEGA ALERGIAS.

Fluxograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 108.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 123.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 91.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ☒

Local
Enfermeiro *[Handwritten signature]*

**REVISADO
NEPI-HMA**

FATURADO
08/05/2020
Felipe Marques

Acolhido(a) por: JOANA DARC SANTOS DA SILVA - COREN: 213370 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/04/2020 13:06

Senha da Classificação:

0014

imento: 525247

e Hora: 30/04/2020 13:12

iente: 135909 CARLOS EDUARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

me Social:

ta do Nascimento: 05/02/1982 Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

ome da Mãe: JOSEFA ANA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

CRM: 12346

estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Bairro: FRAGOSO

ndereço: RUA CLOTILDE PEREIRA DE I

100

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

cidade/UF: PAULISTA

PE

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nr Documento Estrangeiro:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora:

Peso:

Altura:

Temperatura:

Queixa Principal

Paciente relatou ter sido atingido neste serviço há 8 hrs
com luxação/entorse de tornozelo direito.

Exame Físico

Ex. físico e ortop. apresentando fêmur lito em MII
apresenta lesão em eletrocardiograma devido a Arritmia
Tela queimada. Negro (na) no membro
pulso Aberto, mas a dor.

Hipotese Diagnostico

entorse/luxação tornozelo D

Prescrição Médica

01 Analg. lala
02 Re-ox
03 cplexar lala
04 Alca Amos lala.

Victor Costa
Médico
Ortopedia / Traumatologia
CRMPE - 29799

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Senha:

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 525247 Prontuário: 135909 SAME: 122488 Hora Atend: 13:12 Data Atend: 30/04/2020
Paciente..... : CARLOS EDUARDO DA SILVA Idade: 38 a
Endereço..... : RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : PAULISTA UF.: PE CEP: 53402610
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 30/04/2020 Hora Saída : 16:51

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAXARES AUREL

EC-3

Rossana Lígia Fernandes Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

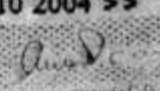
NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. ORDEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPE 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR  PROVIA C. D. ACCIONADA

LEI Nº 7.119 DE 29/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 014.301.954-60

Nome: CARLOS EDUARDO DA SILVA

Data de Nascimento: 05/02/1982

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 22/07/2003

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 17:30:53 do dia 16/09/2020 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: A5ED.FEC2.9D89.1C38



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO/ SEGURO DPVAT

PE Nº 014084761270 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**
CARLOS EDUARDO DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAULISTA-PE	EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 18/09/18
VIA	CPF / CNPJ 014.301.954-60	PLACA FF08618

RENAVAM 341282651	MARCA / MODELO YAMAHA / FACTOR YBR125 ED	
ANO FAB. 2011	QNT TARE 09	Nº CHASSI 9C6KE1500B0033914

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
☐ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELÉ NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

FEV-2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291415/20

Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA

CPF: 014.301.954-60

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

CARLOS EDUARDO DA SILVA : 014.301.954-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: CARLOS EDUARDO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: COZINHEIRO
Identidade: 6.352.968-SDS/PE CPF: 014.301.954-60
Endereço: RUA CLOTILDE PEREIRA DE LIMA, nº 100, FRAGOSO,
PAULISTA-PE, CEP: 53.402-610

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 12/04/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Abreu e Lima/PE 13/10/2020
Local e data

X CARLOS EDUARDO DA SILVA

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291415/20

Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA

CPF: 014.301.954-60

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

CARLOS EDUARDO DA SILVA : 014.301.954-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos