	<p><b>Protocolo Nº</b> 20230504200207217</p> <p>Sua solicitação foi enviada à <a href="#">Gararu da Comarca de GARARU</a> em 04/05/2023 20:02 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	---

#### DADOS DO PROTOCOLO

**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

**Processo:** 202169000322

**Classe:** Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
<b>Número</b> 202169000322	<b>Classe</b> Procedimento Cível	Comum	<b>Competência</b> Gararu
<b>Guia Inicial</b> 202111400247	<b>Situação</b> ANDAMENTO	<b>Distribuido Em:</b> 12/04/2021	

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	87300567568	EGIVALDO DA SILVA MELO
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Anexos		
	Nome	Tipo
1	<a href="#">2810337_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.pdf</a>	Petição
2	<a href="#">2810337_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02.pdf</a>	Outros documentos

**ATENÇÃO!**

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

**Imprimir**



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE GARARU/SE**

Processo: 202169000322

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EGIVALDO DA SILVA MELO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>ª</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

**Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.**

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

GARARU, 2 de maio de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**OAB/SE 2592**





# BANCO DO BRASIL S.A.

## 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: 01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: EGIVALDO DA SILVA MELO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02345-0

CONTA: 000000008671-1

---

Nr. da Autenticação 435D8A3D1A4EEC30

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200403615 **Cidade:** Gararu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EGIVALDO DA SILVA MELO **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. PÁG 4

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200403615                      Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO

Data do Acidente: 10/03/2020                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EGIVALDO DA SILVA MELO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.
--------------------------------	--

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

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

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você







PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PORTO DA FOLHA - SE

SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL Dr. FRANCISCO ROLLEMBERG  
upa\_portodafolha@hotmail.com  
Pça. Antônio Pinto Rezende, 226, Centro  
Tel.: (79) 3349-2091

**UPA**  
**24h**  
UNIVERSITY OF PORT AU PRINCE

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO**

CARTÃO SUS Nº 704 1051 7180 4075 REGISTRO Nº 6.361

NOME: Camplado da Silva Melo RAÇA/COR:

SEXO MASC. ( ☒ ) FEM. ( ☐ ) IDADE: 52 anos. DATA DE NASC. 02/06/1967

RG: 1.334.344 SSP: SE Nº DO SISPRENATAL:

DATA DA ADMISSÃO: 10 / 03 / 2020 HORA: 07:07 Est. Civil: Solteiro

PAI:	Benedito de Oliveira Neto
------	---------------------------

FILIAÇÃO: Mãe: Maria dos Prazeres da Silva

ENDERECO: RUA: LACERDA DE RIBEIRO

BAIRRO: CIDADE: Profissão:

TELEPHONE:

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: 0 maria

GRAU DE PARENTESCO: TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDERECO DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL :

MEDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO:

[illegible]

DATA	HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES
12/01/20		<p>1) 1100 + 1100,</p> <p>2) 100 - 1000ml 10,</p> <p>3) 1000ml, 100, 1000ml, 100,</p> <p>4) 100 - 1000ml,</p> <p>5) 1000ml, 1000ml.</p>	8 08 50



### ULTRASSONOGRAFIA:

RAIO X:

LABORATÓRIO:

## DESTINO

**TRANSFERÊNCIAS**

**ADMISSÃO NO PS (até 24h)**

## INTERNAÇÃO

ALTA - DATA: 10/03	HORA: 09:20	ÓBITO - DATA: / /	HORA:
--------------------	-------------	-------------------	-------



SEE

IP REGISTRO	VALIDADE	1ª PUBLICAÇÃO
04659447376	07/01/2024	02/06/2009

— [www.courts.ca.gov](http://www.courts.ca.gov)

SEM OBSERVAÇÃO:

per conto di Giulio Rona

**SIGNATURA DEL REQUISITO**

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO: 08/01/2019

*Luciana Cavêda Dêda Chagas de Melo*  
LUCIANA CAVÊDA DÊDA CHAGAS DE MELO

59018844231  
BE021769567

ARMANDO A. DE LUCA

**SERGIPE**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1749963409

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1749963409

DEK 2 PANGLIOWICZ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"



POLEGAR DIREITO

*Esquivado Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GREG & SONS



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

CS

8

6

3

0

5

0

9

7

2

4

3

000002973391  
DETRAN - SE

Nº 016157538547

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	CÓD. RENAVAL 00462135985	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2020
----------	-----------------------------	------------	-------------------

NOME  
EGIVALDO DA SILVA MELO  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 873.005.675-68	PLACA 0 E 0 8 7 0 8
------------------------------	------------------------

PLACA ANT / UF 0 E 0 8 7 0 8/SE	CHASSI 9 C 2 K C 1 6 7 0 C R 5 3 1 1 9 2
------------------------------------	---

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA	COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
---	---------------------------

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI	ANO FAB. 2012	ANO MOD 2012
--	------------------	-----------------

CAP / POT / CIL 2P/14CV/149CC	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA
----------------------------------	---------------------	---------------------------

I P V A	COTA ÚNICA PAGO	VENC. COTA ÚNICA *****	VENC / COTAS 1ª *****
	FAIXA I.P.V.A. *****	PARCELAMENTO / COTAS *****	2ª *****
			3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEM RESTRICÖES FINANCEIRAS	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
--	-----------	--------------------	-------------------

OBSERVAÇÕES PBT 30

DOCUMENTO DE POSSE BRIGATORIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA  
MOTOR: KC16E7C531192

LOCAL GARARU-SE	ABNER MELO SILVA DIRETOR PRESIDENTE	DATA 26/03/2020
--------------------	--	--------------------

CONTRAN

EXPEDIDOR



Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Egberto da Silva Melo  
 ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Arquiteto, portador da cédula  
 de identidade RG nº 1334348, emitido pela SSP / (UF) SE,  
 inscrito sob o CPF nº 84300567568, residente na ( endereço  
 completo ) Rua Magalhães, na cidade de  
Goariri, ( UF ) SE, CEP 49.830-000, nomeio e  
 constituo meu procurador, ( nome do representante ) Jose Manoel D. O. Freire  
 ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Arquiteto, portador da cédula  
 de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,  
 inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na ( endereço  
 completo ) Rua Dom Saldanha, na cidade de  
Goariri, ( UF ) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro  
 amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e  
 documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**  
**SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Egberto da Silva Melo  
 junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) Goariri 10.11.2020

( assinatura ) Egberto da Silva Melo

( RG ) 1334348

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )



10/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:19:09  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: EGIVALDO DA SILVA MELO

AGENCIA: 2345-0 CONTA : 8.671-1

---

DATA : 10/11/2020

NR. DOCUMENTO 082273533101909

VALOR DINHEIRO 2,00

VALOR TOTAL 2,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 1

---

NR. AUTENTICACAO E.7AE.0FE.C83.538.091

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



**EXAME FISICO**

ADULTO ( )

**CRIANÇA ( )**

**OBS: Assinalar com "X"**

Depressivo (a) ( )

ADULTO ( )		Consciente ( )		Inconsciente ( )		Confuso (a) ( )		Depressivo (a) ( )	
01	Nível de consciência								
02	Pele	Integra( )	Ictérica ( )	Cianótica ( )	Palidez Cutânea ( )		Desidratação ( )		
03	Mucosa	Corada ( )	Descorada ( )		OBS:				
04	S. Cardiovascular-Padrão Respiratório:	Eupnéico ( )	Taquipnéico( )	Dispnéico ( )	Sibilos ( )	Roncos ( )	Chiados ( )		
05	FR. Respiratório	<16ipm( )	16-22ipm ( )	23-30ipm ( )	31-40ipm( )	41-45ipm( )	>45ipm ( )		
06	Abdômen	Flácido ( )	Globoso ( )	Doloroso à palpação( )		Escavado ( )	Piano( )	OBS:	
07	Ferida Operatória	Limpa e seca ( )	Hiperemiada( )	Secreções( )		Deiscência( )	Curativo Oclusivo ( )		
08	MMSS	Integras( )	Atrofia ( )	Paresia( )	Parestesia( )	Hemiplegia( )	Hematomas( )	Edema( )	
	MMII	Integros( )	Atrofia( )	Paresia( )	Varizes( )	Parestesia( )	Hemiplegia( )	Edema( )	

[illegible]

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
30.03.2020	08:50	Administrado 01 amp de profenid, IM em glúteo E; Pcte segue bem, aguardando tempo de ação de medicação e melhora no qua- dre clínico
	09:20	Paciente refere melhora recebe alta médica verbal e encaminhado ao antepedista para a unidade sem queixas



0.0275; 10001115

ARJUN...  
UNCEU ALBUQUERQUE  
CONARCO DE GARARU  
Jus...  
M...  
M...  
M...

...evidentemente il nuovo re quale si presentava.

cópia fotostática é a reprodução

1998

15

...verden

O TABELIAD 110.00


Santha Yellu

EN 15 04 99

Page 45

F = Flácido; P = Paralisado; I = Irritado; C = Chorando;



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL				
REGISTRO GERAL	1.334.349	2. VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	02/05/2012
NOME	EGIVALDO DA SILVA MELO			
FILIAÇÃO	EMÍDIO DE OLIVEIRA MELO MARIA DOS PRAZERES DA SILVA			
NATURALIDADE	GARARU-SE			
DOC ORIGEM	CT. NASCIM. NR 1776 LV A18 FL 59V CART. DIST. COM. GARARU/SE			
CPF	87300567568			
PIS/PASEP	 ASSINATURA DO DIRETOR DA SILVA			
15110 DE 20/08/2012				





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - SE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00081476/2020

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/11/2020 10:39:51 Data/Hora Fim: 04/11/2020 11:04:08  
Origem: Órgão: Outros Tipo Documento: Outros  
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto da Folha

Data/Hora do Fato: 10/03/2020 08:00

## Local do Fato

Município: Gararu (SE)  
Bairro: Jibóia  
Logradouro: RODOVIA SE 200  
Complemento: ESTRADA ACESSO A LAGOA DE DENTRO  
Ponto de Referência: ENFRETE CASA DE ESTER  
Tipo do Local: Via Pública

Nº S/N

CEP: 49.800-000

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EGIVALDO DA SILVA MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 02/06/1967	Idade: 53
Profissão: Agricultor	Naturalidade: Gararu - SE		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria dos Prazeres da Silva			

## Documento(s)

CPF: 873.005.675-68

## Endereço

Município: Gararu - SE  
Logradouro: POVOA DO LAGOA DO PORCO  
Complemento: PROXIMO A CAIXA D'ÁGUA  
Bairro: Lagoa Do Porco

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Ciclomotor
CPF/CNPJ do Proprietário 873.005.675-68	Placa OEO8708
Renavam 00462135985	Número do Motor KC16E7C531192
Número do Chassi 9C2KC1670CR531192	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo SE
Município Veículo Gararu	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 26/03/2020	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos



10/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:19:09  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: EGIVALDO DA SILVA MELO

AGENCIA: 2345-0 CONTA : 8.671-1

---

DATA : 10/11/2020

NR. DOCUMENTO 082273533101909

VALOR DINHEIRO 2,00

VALOR TOTAL 2,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 1

---

NR. AUTENTICACAO E.7AE.0FE.C83.538.091

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



EGIVALDO DA SILVA MELO  
POV ALAGOINHA, 0 - AREA RURAL  
GARARU / SE CEP: 49830000 (AG: 481)

CPF/CNPJ/RANI: 873.005.875-88



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: MONOFÁSICO  
Roteiro: 6 - 390 - 731 - 701 Nº Medidor: W5035140691



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

3/1103858-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00011038585



VALOR DA FATURA

R\$ 16,43



VENCIMENTO

17/07/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

30kWh

1,00 kWh  
MÉDIA DIÁRIA  
FATURADO  
PELA MÉDIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

**Sujeito a corte!**

FATURAS EM ATRASO

Jun/20

R\$16,71

Reaviso de vencimento:  
Seu fornecimento poderá ser suspenso  
a partir de 25/07/20.  
Regularize seus débitos.

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa c/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alia ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS(R\$)Cofins (R\$) PIS/Cofins 0,9064% 4,17%	
0601	Custo de Disponibilidade			16,82	0,00	0	0,00	-16,82 0,15
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0999	BONUS ITAIPU LEI 10.438/2002 12/2019			-0,39	0,00	0	0,00	0,00 0,00

00024 5022279 RCE



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jose Marcos da Silveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ

00.003.675 00

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Egivaldo da Silva Melo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 813.005.675

do sinistro de DPVAT cobertura

imbalidez

da Vítima

Egivaldo da Silva Melo

inscrito (a) no CPF sob o Nº

0430 056 15 68

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Dos Sinos</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Administrativo</u>
Bairro:	<u>Sinos</u>	Cidade:	<u>N. Sa. da Glória</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:	<u>marcosdgloria@gmail.com</u>			CEP:	<u>49.680-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>79.99189204</u>

Local e Data:

Nossa Senhora da Glória do. 11. 2020

Jose Marcos da Silveira Rosa

Assinatura do Declarante





**Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200403615**

**Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO**

**Data do Acidente: 10/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EGIVALDO DA SILVA MELO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **EGIVALDO DA SILVA MELO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000002345-0**

Conta: **000008671-1**

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





**LIDER** **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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 do vítima: 813.005.675-68 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Da Silva Melo

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013**

5 - Nome completo: Edvaldo Da Silva Melo 6 - CPF: 813.005.675-68

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Av. Magalhães 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Barro Preto 12 - Cidade: Goianinha 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.530-000

15 - E-mail: marcondesloira@gmail.com 16 - Tel (DPV): 99.9918-9204

**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 ☐ R\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos listados. Analisar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ CONTA CORRENTE (Somente para bancos listados)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: Brasão

AGÊNCIA: 0345 CONTA: 8678

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (filho(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 - \_\_\_\_\_

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: Barro Preto, 10.11.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Edvaldo da Silva Melo

42 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - SE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00081476/2020

## Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

## Nome Envolvido

Egivaldo da Silva Melo

## RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTO DE PLACA OEO 8708 DE MARCA HONDA /CG 150 FAN ESI ANO 2012 DE COR PRETA DE CHASSI 9C2KC1670CR531192, PELA RODOVIA SE 200 QUE LIGA PORTO DA FOLHA A GARARU, QUANDO CHEGOU PROXIMO A ENTRADA DO POVOADO LAGOA DE DENTRO AO DE VIA DE UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, QUE OCASIONOU UMA FRATURA DA CLAVICULA DO LADO ESQUERDO E DESLOCAMENTO DO OMBRO ESQUERDO. FAZ ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA O SEGURO DPVAT.

## ASSINATURAS

*[Assinatura]*  
Marcos Kleber Pereira da Cruz  
Agente de Polícia  
Matrícula 2467  
Responsável pelo Atendimento

*[Assinatura]*  
Egivaldo da Silva Melo  
Vítima Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 309-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime do de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



**LIDER** **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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 do vítima: 813.005.675-68 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Da Silva Melo

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013**

5 - Nome completo: Edvaldo Da Silva Melo 6 - CPF: 813.005.675-68

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Av. Magalhães 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Barro Preto 12 - Cidade: Goiana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.530-000

15 - E-mail: marcondesloira@gmail.com 16 - Tel (DPV): 99.9918-9204

**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 ☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos listados. Analisar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Somente para bancos listados)

Nome do BANCO: Brasão

AGÊNCIA: 0345 CONTA: 8678

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (filho(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 - \_\_\_\_\_

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: Goiana, 10.11.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Edvaldo da Silva Melo

42 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE PORTO DA FOLHA - SE

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## RECEITUÁRIO MÉDICO



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

*Euromundo*

O Sr. Epivaldo do S. M. do H. 45  
setor de Trauma. pois o mesmo é  
portador de Fratura de clavícula.  
Expende. necessitando assim de  
venc. curativo.

*José Araújo L. Filho*

Médico

CRM 1530

20/2020





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PORTO DA FOLHA - SE

SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL Dr. FRANCISCO ROLLEMBERG  
upa\_portodafolha@hotmail.com  
Pça. Antônio Pinto Rezende, 226, Centro  
Tel.: (79) 3349-2091

**UPA**  
**24h**

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO**

CARTÃO SUS Nº 704.1051.7180.4075		REGISTRO Nº 6.301	
NOME: Givaldo da Silva Melo		RAÇA/COR:	
SEXO MASC. (x) FEM. ( )	IDADE: 52 anos	DATA DE NASC. 02/06/1967	
RG: 1.334.349	SSP: SC	Nº DO SISPRENATAL:	
DATA DA ADMISSÃO: 10/03/2020	HORA: 07:07	Est. Civil: Solteiro	
FILIAÇÃO:	PAI: Eudis de Oliveira Melo		
	MÃE: Maria dos Prazeres da Silva		
ENDEREÇO: R. P. Lagoa do Poco	CIDADE: Cauayan-SP		
BAIRRO:	Profissão: farmacêutico		
TELEFONE:			
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: O mesmo.			
GRAU DE PARENTESCO:	TELEFONE DO RESPONSÁVEL:		
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:			
MÉDICO RESPONSÁVEL:			
DIAGNÓSTICO:			

DATA	HORA	ANAMNESE E EXAMES FÍSICO
20/04/2020	15:04	<p>Plm. V. hist. Clínica de insinua-            mentos. Ex. clínicos. O.T. físico.            Min. de 15 minutos. 20/04</p> <p>Plm. x.</p>

DATA	HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES
10/01/20		1) IVU + CBC,	
		2) Rx. Torácica,	
		3) Propofol, em 200mg, qsc,	X 08:50
		4) Rx. Integridade,	
		5) Antibióticos prescrites.	



**ULTRASSONOGRAFIA:**

**EXAMES SOLICITADOS**

RAIO X:

LABORATÓRIO:

## DESTINO

**TRANSFERÊNCIAS**

**ADMISSÃO NO PS (até 24h)**

INTERNAÇÃO

ALTA - DATA: 10/03

HORA: 09:20

ÓBITO - DATA:

HORA



**EXAME FISICO**

ADULTO ( )

**CRIANCA ( )**

**OBS: Assinalar com "X"**

Depressivo (a) ( )

ADULTO ( )		CRIANÇA ( )		DOENÇA ( )		Depressivo (a) ( )	
01	Nível de consciência	Consciente ( )	Inconsciente ( )	Confuso (a) ( )			
02	Pele	Integra ( )	Ictérica ( )	Cianótica ( )	Palidez Cutânea ( )	Desidratação ( )	
03	Mucosa	Corada ( )	Descorada ( )	OBS:			
04	S. Cardiovascular-Padrão Respiratório:	Eupnéico ( )	Taquipnéico ( )	Dispnéico ( )	Sibilos ( )	Roncos ( )	Chiados ( )
05	FR. Respiratório	<16ipm ( )	16-22ipm ( )	23-30ipm ( )	31-40ipm ( )	41-45ipm ( )	>45ipm ( )
06	Abdômen	Flácido ( )	Globoso ( )	Doloroso à palpação ( )	Escavado ( )	Piano ( )	OBS:
07	Ferida Operatória	Limpa e seca ( )	Hiperemiada ( )	Secreções ( )	Deiscência ( )	Curativo Oclusivo ( )	
08	MMSS	Integras ( )	Atrofia ( )	Paresia ( )	Parestesia ( )	Hemiplegia ( )	Hematomas ( )
	MMII	Integros ( )	Atrofia ( )	Paresia ( )	Varizes ( )	Parestesia ( )	Edema ( )

[illegible]

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
10.03.2020	08:50	Administrado 01 amp de profenid, IM em glúteo E; Pcte segue bem, aguardando tempo de reação de medicação e melhora na sua obra clínica
	09:20	Paciente refere melhora, recebe alta médica verbal e encaminhado ao antepedista para a unidade sem queixas



## 5. THE LITERATURE

ARJUN, J. P. DE  
DIREC. ALBUQUERQUE  
C. MACC. DE GARRA  
J. P. de G. de Albuquerque  
DIREC. ALBUQUERQUE  
M. de S. de Albuquerque

92.09, 1920

Garau BE

Nível de consciência: C= Consciente; I= Inconsciente.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320493/20

**Número do Sinistro:** 3200403615

**Vítima:** EGIVALDO DA SILVA MELO

**CPF:** 873.005.675-68

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/03/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EGIVALDO DA SILVA MELO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 24/11/2020  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2020  
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTO I  
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTO I

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320493/20

**Vítima:** EGIVALDO DA SILVA MELO

**CPF:** 873.005.675-68

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/03/2020

**Titular do CPF:** EGIVALDO DA SILVA MELO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

### EGIVALDO DA SILVA MELO : 873.005.675-68

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: 11/11/2020  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2020  
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTOI  
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTOI