Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

12/03/2020

Número: **0000029-08.2020.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**
Última distribuição : **24/01/2020**
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
EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59145895	12/03/2020 11:32	2702029_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOSE DO BELMONTE/PE

Processo: 00000290820208173330

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 22/07/2019.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

---

[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

[2][1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

[3]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .
Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA , LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO
Sequelas: Com sequela
Data do exame físico: 07/10/2019
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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

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: 31/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00914
CONTA: 000000067840-7

Nr. da Autenticação 146D9ABD32BF8F76

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

> ***"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslindem da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência a capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

> "RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.
>
> Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014)."

> "AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDINIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA
>
> 1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;" 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização , imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado)."

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[4.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[5]

---

[4]"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[5]***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO**, **OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAO JOSE DO BELMONTE, 4 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**, em curso perante **a ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SAO JOSE DO BELMONTE**, nos autos do Processo nº 00000290820208173330.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

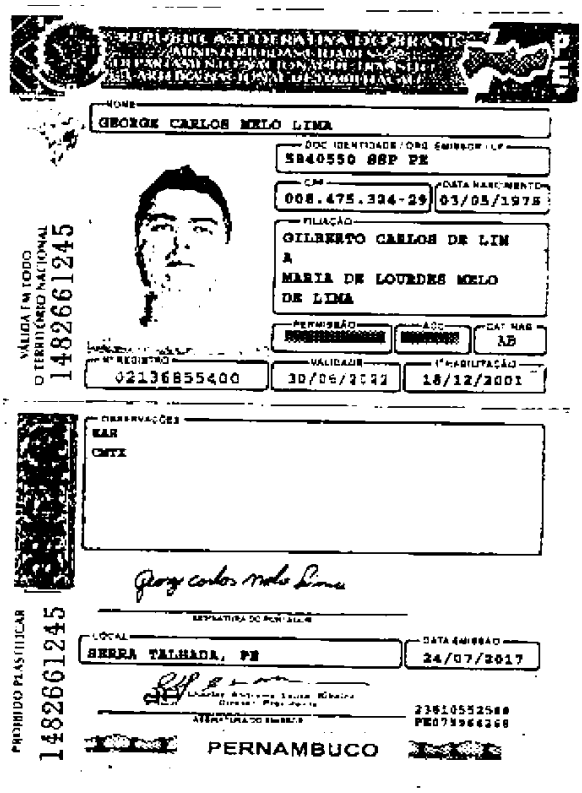
12/03/2020

Número: **0000029-08.2020.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**
Última distribuição : **24/01/2020**
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
EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59145898	12/03/2020 11:32	ANEXO 1	Outros (Documento)



NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.334-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1975

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIM
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTX

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

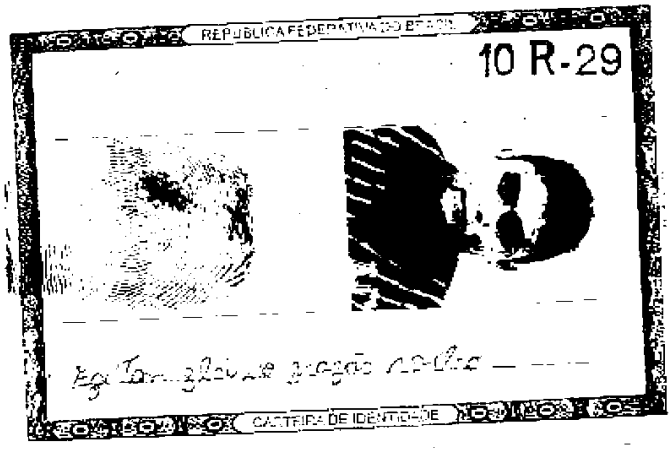
23610552588
PE079964268

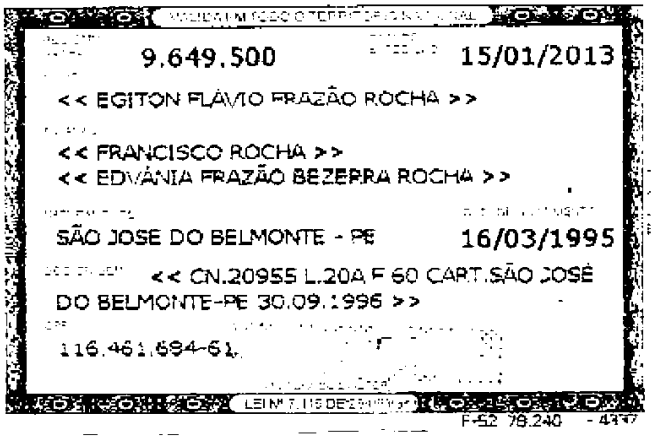
PERNAMBUCO

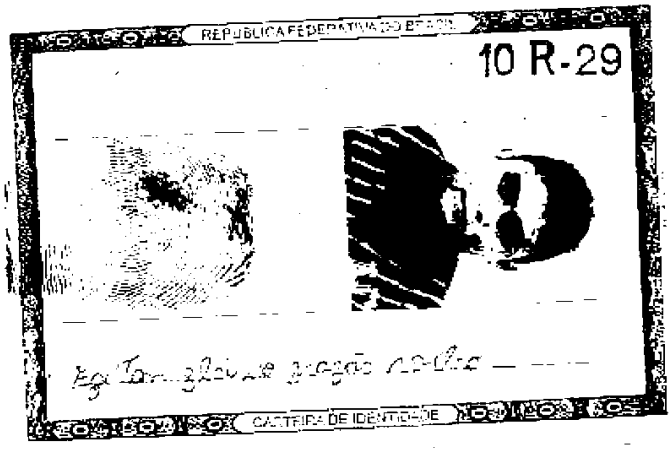
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

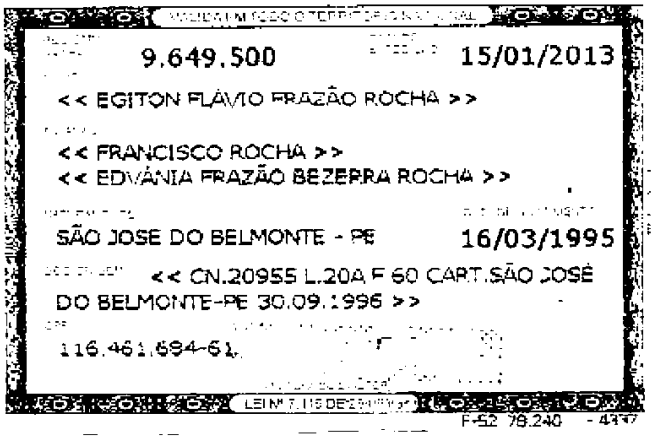
PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

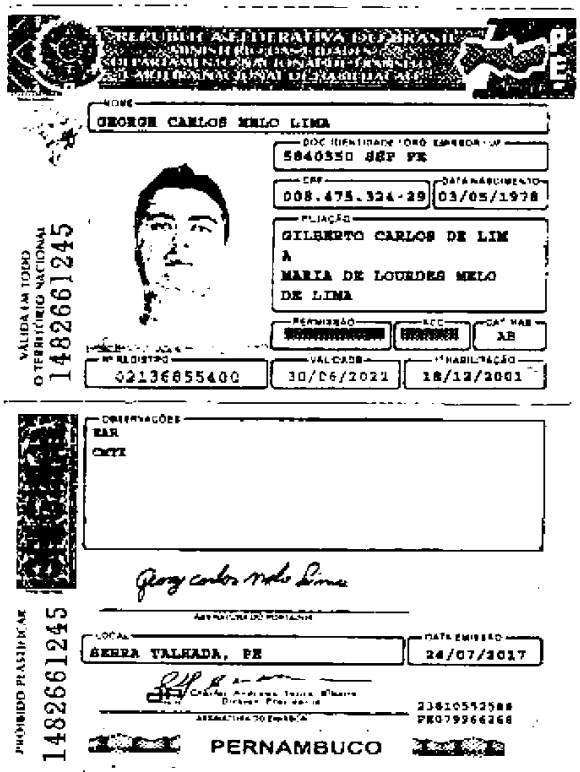
05 SET 2019


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
10 R-29
CARTEIRA DE IDENTIDADE


9.649.500
15/01/2013
<< EGITON FLÁVIO FRAZÃO ROCHA >>
<< FRANCISCO ROCHA >>
<< EDVÂNIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA >>
SÃO JOSE DO BELMONTE - PE
16/03/1995
<< CN.20955 L.20A F 60 CART.SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 30.09.1996 >>
116.461.694-61


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
10 R-29
CARTEIRA DE IDENTIDADE


9.649.500
15/01/2013
<< EGITON FLÁVIO FRAZÃO ROCHA >>
<< FRANCISCO ROCHA >>
<< EDVÂNIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA >>
SÃO JOSE DO BELMONTE - PE
16/03/1995
<< CN.20955 L.20A F 60 CART.SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 30.09.1996 >>
116.461.694-61



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIM
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

OBSERVAÇÕES
EAR
CNTT

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

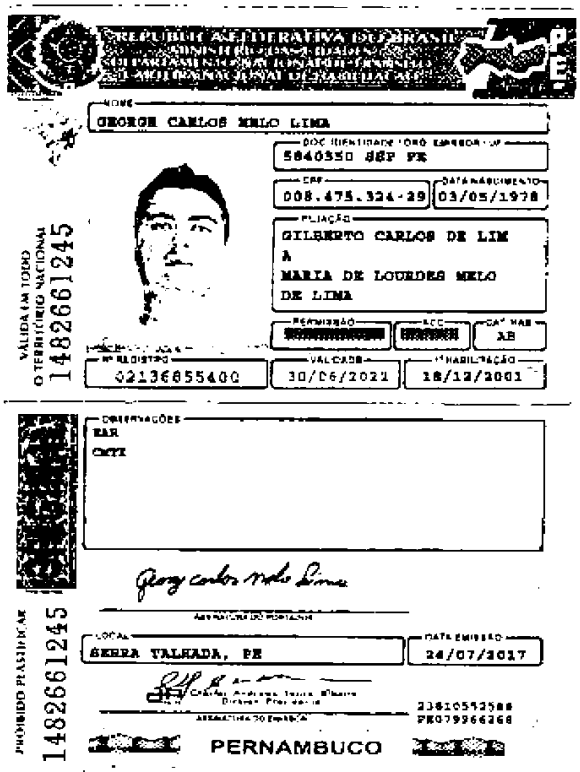
Carlos Andrade Souza Oliveira
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

23810552588
PE079966268

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIM
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
EAR
CNTT

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Carlos Antonio Souza Oliveira
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

23810552588
PE079966268

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

01221221029

05 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

01221221029C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA , LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/10/2019

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@P5
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@P5
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@P5
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@P5
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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**

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abixo qualificado confere ao outorgado também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. **Outorgante** EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA,
portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500
expedido por SDS - PE, em 15/01/2013.
inscrito no CPF sob o nº 116.461.634-61, residente na
SÍTIO OLHO D'AGUA nº 5190
complemento CASA, bairro REGIÃO RURAL
cidade SÃO JOSÉ DO BELMONTE, estado PE
data do acidente 11/04/2019. DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. **Outorgante** GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5240550
expedido por SDS PE, em 24/07/2012.
inscrito no CPF sob o nº 004.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA nº 523
complemento CASA, bairro SÃO CRISTOVÃO
cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

São José do Belmonte - PE 02 de 09 de 2019.

Outorgante: Egiton Flavio Frazão Rocha

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRGENE GOMES DE MARINS FERREIRA
Telefone: (87) 38841-206

Reconheço por autenticidade a firma de EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. Sao José do Belmonte/PE. Dou Fé. Edivirgene Gomes de Marins Pereira. Tabelia Publica. Emol: R$ 3.39, TSNR: R$ 0,80, FERM: R$ 0,04; FUNSEG: R$ 0,08; FERC: R$ 0,40, ISS: R$ 0,20, Total R$ 4,91.
Selo: [illegible] 2019 09:07:32
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

05 SET 2019

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abixo qualificado confere ao outorgado também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. **Outorgante** EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA,
portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500
expedido por SDS - PE, em 15/01/2013.
inscrito no CPF sob o nº 116.461.634-61, residente na
SI OLHO D'AGUA nº 5190
complemento CASA, bairro REGIÃO RURAL
cidade SÃO JOSÉ DO BELMONTE, estado PE
data do acidente 11/04/2019. DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. **Outorgante** GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5240550
expedido por SDS PE, em 24/07/2012.
inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA nº 523
complemento CASA, bairro SÃO CRISTOVÃO
cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

São José do Belmonte - PE 02 de 09 de 2019.

Outorgante: Egiton Flavio Frazão Rocha

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRGENE GOMES DE MARINS FERREIRA
Telefone: (87) 38841-206

Reconheço por autenticidade a firma de EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE. Dou Fé. Edivirgene Gomes de Marins Pereira. Tabelia Publica. Emol: R$ 3.39, TSNR: R$ 0,80, FERM: R$ 0,04; FUNSEG: R$ 0,08; FERC: R$ 0,40, ISS: R$ 0,20, Total R$ 4,91.
Selo: [illegible] 2019 09:07:32
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selloextrajudicial

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

05 SET 2019

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abixo qualificado confere ao outorgado também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. **Outorgante** EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA,
portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500
expedido por SDS - PE, em 15/01/2013,
inscrito no CPF sob o nº 116.461.634-61, residente na
SÍTIO OLHO D'AGUA nº 5690
complemento CASA, bairro REGIÃO RURAL
cidade SÃO JOSÉ DO BELMONTE, estado PE
data do acidente 17/04/2019, DPVAT cobertura TRIVALIDEZ.

2. **Outorgante** GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5810550
expedido por SDS - PE, em 24/07/2012,
inscrito no CPF sob o nº 004.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA nº 523
complemento CASA, bairro SÃO CRISTOVÃO
cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

São José do Belmonte-PE 02 de 09 de 2019.

Outorgante: Egiton Flavio Frazão Rocha

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA
Telefone: (87) 38841-906

Reconheço por autenticidade a firma de EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE. Dou Fé. Edivirgens Gomes de Marins Pereira Tabelia Publica. Emol: R$ 3,39, TSNP: R$ 0,80, FERM: R$ 0,04; FUNSEG: R$ 0,68; FERC: R$ 0,40, ISS: R$ 0,20. Total R$ 4,[illegible]
Selo: [illegible]
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308811/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do acidente: 11/04/2019

CPF: 116.461.684-61

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308811/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do acidente: 11/04/2019

CPF: 116.461.684-61

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333672/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do acidente: 11/04/2019

CPF: 116.461.684-61

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

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: 26/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333672/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do acidente: 11/04/2019

CPF: 116.461.684-61

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

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: 26/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190553200 **Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**

Data do Acidente: 11/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

Pag. 01065/01066 - carta_01 - INVALIDEZ

00020533

Carta nº 14815260

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190553200 **Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**

Data do Acidente: 11/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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. 01989/01990 - carta_02 - INVALIDEZ

00050995

Carta nº 14832099

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190553200 **Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**

Data do Acidente: 11/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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 dos ombros
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: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000914**
Conta: **0000067840-7**
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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Protocolo ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	716.461.634-61	EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome do cliente: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA | 6 - CPF: 716.461.634-61

7 - Bairro: AGRICULTOR | 8 - Endereço: S. OLHO D'AGUA | 9 - Número: 5690 | 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SITIO IZURAL | 12 - Cidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 56.950-000

15 - E-mail: | 16 - Telefone: 87.99948-1412

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 - RG Emitido 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.[illegible] ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.[illegible]
☐ 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)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0714 (Informar o dígito se existir) CONTA: 67840 7 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 no 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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, que concordo desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação de 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 prévio consentimento à futura avaliação médica ou referência ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 estava companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se teve filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (gestante)? ☐ 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 haja direito à indenização do Seguro DPVAT, por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou do 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

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BELMONTE-PE - 22/08/2019

Egiton Flavio Frazão Rocha
41 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (Interlocutor)

George Carlos Melo Lima
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FTS.L.01 V002/2019

05 SET 2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do Protocolo ASI: | 3 - CPF da vítima: 716.461.634-61 | 4 - Nome completo da vítima: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome do cliente: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA | 6 - CPF: 716.461.634-61

7 - Sexo: AGRICULTOR | 8 - Endereço: SÍTIO D. AGUA | 9 - Número: 5690 | 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SÍTIO IZURAL | 12 - Cidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 56.950-000

15 - E-mail: | 16 - Telefone: 87.99948-1412

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 - RG Emitido 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.[illegible] ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.[illegible],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)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0714 (Informar o dígito se existir) CONTA: 67840 7 (Informar o dígito se existir) | AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 no 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 acima exposto, o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, fundado 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 prévio conhecimento sobre futura avaliação médica ou tendência acerca do conteúdo, caso dar-se-ão do seu conteúdo.

MORTE

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (gestante)? ☐ 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 haja direito à indenização do Seguro DPVAT, por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou do 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

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BELMONTE-PE - 22/08/2019

Egiton Flavio Frazão Rocha
41 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (Interlocutor)

George Carlos Melo Lima
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FTS.L01 V002/2019

05 SET 2019

Seguradora LÍDER

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 no ASL: | 3 - CPF da vítima: 116.461.684-61 | 4 - Nome completo da vítima: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA | 6 - CPF: 116.461.684-61

7 - Profissão: AGRICULTOR | 8 - Endereço: SÍTIO D'AGUA | 9 - Número: 5690 | 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SÍTIO RURAL | 12 - Cidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 56950-000

15 - E-mail: | 16 - Telefone: 87 9944-5417

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 - Parentesco 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 (Qualquer Banco)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0714 (Informar o dígito se houver) CONTA: 67840-7 (Informar o dígito se houver)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se houver) CONTA: (Informar o dígito se houver)

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 ciente, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Medico Legal (IML) para fins de recebimento 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 ser submetido à avaliação medica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação medica ou tendência ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

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 de seu companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se vítima de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou do 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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BELMONTE-PE - 28/08/2019

Egiton Flavio Frazão Rocha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lin
42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2015

Seguradora LÍDER

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 no ASL:

3 - CPF da vítima: 116.461.684-61

4 - Nome completo da vítima: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

6 - CPF: 116.461.684-61

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: SÍTIO D'AGUA

9 - Número: 5690

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SÍTIO RURAL

12 - Cidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE

13 - Estado: PE

14 - CEP: 56950-000

15 - E-mail:

16 - Telefone: 87 9944-5417

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 - Parentesco 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 (Qualquer Banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0714 (Informar dígito se houver) CONTA: 67840-7 (Informar dígito se houver)

AGÊNCIA: (Informar dígito se houver) CONTA: (Informar dígito se houver)

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 ciente, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Medico Legal (IML) para fins de recebimento 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, estou ciente do prolongamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em ser submetido à avaliação medica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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 medica ou tendência ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

MORTE

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 de seu companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se vítima de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ 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 aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou do 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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BELMONTE-PE - 28/08/2019

Egiton Flavio Frazão Rocha

41 - Assinatura do Beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lin

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2015

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: 3190553200
Nome do(a) Examinado(a): Egiton Flavio Frazao Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Si Olho D Agua, 5190 Casa
Sitio Rural Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9649500
Data local do acidente: [11/04/2019]
Data local do exame: [07/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 24/09/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

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 OMBRO 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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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: 3190553200
Nome do(a) Examinado(a): Egiton Flavio Frazao Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Si Olho D Agua, 5190 Casa
Sitio Rural Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9649500
Data local do acidente: [11/04/2019]
Data local do exame: [07/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 24/09/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

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 OMBRO 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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000575

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - SITIO JUREMA**
- Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA** Data de Nascimento: **16/3/1995** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9649500/SDS/PE (RG)**, **11646168461 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **81441893**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , SITIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ** Pai: **EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/11/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9099336/SDS/PE (RG)** **11584008458 (CPF)** **05561462555 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares:
- **91051570**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

05 SET 2019

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100667613** Chassi: **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA Egiton Flavio Frazão Rocha
(VITIMA)

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO Romario Monteiro Andrelino
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matricula: **115716-7**

05 SET 2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ºCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000575

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - SITIO JUREMA** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA** Data de Nascimento: **16/3/1995** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9649500/SDS/PE (RG), 11646168461 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **81441893**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , SITIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ** Pai: **EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/11/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9099336/SDS/PE (RG), 11584008458 (CPF), 05561462555 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares:
- **91051570**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100667613** Chassi **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA Egiton Flavio Frazão Rocha
(VITIMA)

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO Romario Monteiro Andrelino
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matricula: **115716-7**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ºCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000575

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - SITIO JUREMA** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA** Data de Nascimento: **16/3/1995** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9649500/SDS/PE (RG), 11646168461 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **81441893**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , SITIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ** Pai: **EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/11/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9099336/SDS/PE (RG), 11584008458 (CPF), 05561462555 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares:
- **91051570**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100667613** Chassi **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA Egiton Flavio Frazão Rocha
(VITIMA)

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO Romario Monteiro Andrelino
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matricula: **115716-7**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Protocolo ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	716.461.634-61	EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome do cliente: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA — 6 - CPF: 716.461.634-61

7 - Bairro: AGRICULTOR — 8 - Endereço: S. OLHO D'AGUA — 9 - Número: 5690 — 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SITIO IZURAL — 12 - Cidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE — 13 - Estado: PE — 14 - CEP: 56.950-000

15 - E-mail: — 16 - Telefone: 87.99948-1412

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 - RG Emitido 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.[illegible] ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.[illegible]
☐ 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)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0714 (Informar o dígito se existir) CONTA: 67840 7 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 no 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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, que concordo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação de 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 prévio consentimento à futura avaliação médica ou tentativa de conciliação, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 estava companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não — 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não — 29 - Se teve filhos, informar Vivos: Falecidos: — 30 - Vítima deixou nascituro (gestante)? ☐ 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 haja direito à indenização do Seguro DPVAT, por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou do 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

TESTEMUNHAS

38 - 39 | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BELMONTE-PE - 22/08/2019

Egiton Flavio Frazão Rocha
41 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (Interlocutor)

George Carlos Melo Lima
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FTS.L01 V002/2019

05 SET 2019

Seguradora LÍDER

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 no ASL: | 3 - CPF da vítima: 116.461.684-61 | 4 - Nome completo da vítima: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA | 6 - CPF: 116.461.684-61

7 - Profissão: AGRICULTOR | 8 - Endereço: SÍTIO D'AGUA | 9 - Número: 1590 | 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SÍTIO RURAL | 12 - Cidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 56950-000

15 - E-mail: | 16 - Telefone: 87 9944-5417

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 - Parentesco 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 (Qualquer Banco)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0714 (Informar dígito se houver) CONTA: 67840-7 (Informar dígito se houver)

AGÊNCIA: (Informar dígito se houver) CONTA: (Informar dígito se houver)

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 fins de recebimento 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, estou ciente do prolongamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em ser submetido à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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 tendência ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 de seu companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se vítima de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou do 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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BELMONTE-PE - 28/08/2019

Egiton Flavio Frazão Rocha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lin
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2015

Seguradora LÍDER

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 no ASL: | 3 - CPF da vítima: 116.461.684-61 | 4 - Nome completo da vítima: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA | 6 - CPF: 116.461.684-61

7 - Profissão: AGRICULTOR | 8 - Endereço: SÍTIO D'AGUA | 9 - Número: 5690 | 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SÍTIO RURAL | 12 - Cidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 56950-000

15 - E-mail: | 16 - Telefone: 87 9944-5417

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 (Qualquer Banco)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0714 (Informar o dígito se houver) CONTA: 67840-7 (Informar o dígito se houver)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se houver) CONTA: (Informar o dígito se houver)

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 ciente, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Medico Legal (IML) para fins de recebimento 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 ser submetido à avaliação medica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação medica ou tendência ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

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 de seu companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se vítima de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ 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 aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou do 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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BELMONTE-PE - 28/08/2019

Egiton Flavio Frazão Rocha
41 - Assinatura do Segurado/Beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lin
42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2015

9-1199-1993

CUIDANDO DA NOSSA GENTE!

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: **00041374** Data: **11/04/2019** Hora: **11:26**
Nome: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA** Sexo: **MASCULINO**
Idade: **24 Anos, 2 Meses** Data Nascimento: **16/03/1995** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Mãe: **EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA**
Cartão SUS: **708408776551462** RG:**9649500**
Logradouro:**SITIO AROEIRA** Nº Bairro: **ZONA RURAL**
Cidade: **SAO JOSE DO BELMONTE** Estado: **PE** Profissão: **AGRICULTOR**
Tipo do Atendimento: **2** Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:
Tax. [ ] °C FR. [ ] irpm FC: [ ] bpm HGT [ ] mg/dl PA [ ] X [ ] mmhg Peso [ ] kg
Classificação de Risco: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [ ] AZUL [ ]

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Acidente motocicleta.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① Dipirona 1 FA, IV 11:40
② Tramal 1 FA + 100 ml SF 0,9% EV. lento 11:40

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação: [ ] Internação [ ] Transferência [ ] Recusa Medicação [ ] Evadiu-se [ ] Alta [ ] Óbito [ ]

Dr. Cariano Mariano C. Neto
Médico
CRM-PE: 27005

05 SET 2019

Médico

Maria do Socorro Alves Carvalho

9-1199-1993

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

CUIDANDO DA NOSSA GENTE!

Nº do Registro: **00041374** Data: **11/04/2019** Hora: **11:26**
Nome: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA** Sexo: **MASCULINO**
Idade: **24 Anos, 2 Meses** Data Nascimento: **16/03/1995** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Mãe: **EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA**
Cartão SUS: **708408776551462** RG:**9649500**
Logradouro:**SITIO AROEIRA** Nº Bairro: **ZONA RURAL**
Cidade: **SAO JOSE DO BELMONTE** Estado: **PE** Profissão: **AGRICULTOR**
Tipo do Atendimento: **2** Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:
Tax. [ ] °C FR. [ ] irpm FC: [ ] bpm HGT [ ] mg/dl PA [ ] X [ ] mmhg Peso [ ] kg

Classificação de Risco: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [ ] AZUL [ ]

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Acidente motocicleta.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① Dipirona 1 FA, IM 11:40
② Tramal 1 FA + 100 ml SF 0,9% EV. lento 11:40

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação: [ ] Internação [ ] Transferência [ ] Recusa Medicação [ ] Evadiu-se [ ] Alta [ ] Óbito [ ]

Dr. Cariano Mariano C. Neto
Médico
CRE PE: 27005
Médico

05 SET 2019

Maria do Socorro Alves Carvalho

9-4194-1993

CUIDANDO DA NOSSA GENTE!

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: **00041374** Data: **11/04/2019** Hora: **11:26**
Nome: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA** Sexo: **MASCULINO**
Idade: **24 Anos, 2 Meses** Data Nascimento: **16/03/1995** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Mãe: **EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA**
Cartão SUS: **708408776551462** RG:**9649500**
Logradouro:**SITIO AROEIRA** Nº Bairro: **ZONA RURAL**
Cidade: **SAO JOSE DO BELMONTE** Estado: **PE** Profissão: **AGRICULTOR**
Tipo do Atendimento: **2** Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:

Tax.: [ ] °C FR. [ ] irpm FC: [ ] bpm HGT [ ] mg/dl PA [ ] X [ ] mmhg Peso. [ ] kg

Classificação de Risco: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [ ] AZUL [ ]

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Acidente motocicleta.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de membro.

Conduta Terapêutica:

① Sutura + ATA, 11:40
② Tramal 1FA + 100ml SFO, 9%, EV. lento 11:40

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação [ ] Internação [ ] Transferência [ ] Recusa Medicação [ ] Evadiu-se [ ] Alta [ ] Óbito [ ]

Dr. Coriano Mariano C. Neto
Médico
CRE-PE: 27000

Médico

Maria do Socorro Alves Carvalho

9-4194-1993

CUIDANDO DA NOSSA GENTE!

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: **00041374** Data: **11/04/2019** Hora: **11:26**
Nome: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA** Sexo: **MASCULINO**
Idade: **24 Anos, 2 Meses** Data Nascimento: **16/03/1995** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Mãe: **EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA**
Cartão SUS: **708408776551462** RG:**9649500**
Logradouro:**SITIO AROEIRA** Nº Bairro: **ZONA RURAL**
Cidade: **SAO JOSE DO BELMONTE** Estado: **PE** Profissão: **AGRICULTOR**
Tipo do Atendimento: **2** Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:

Tax.: [ ] °C FR. [ ] irpm FC: [ ] bpm HGT [ ] mg/dl PA [ ] X [ ] mmhg Peso. [ ] kg

Classificação de Risco: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [ ] AZUL [ ]

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Acidente motocicleta.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① Dipirona 1FA, IM 11:40
② Tramal 1FA + 100ml SFO,9%, EV. lento 11:40

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação [ ] Internação [ ] Transferência [ ] Recusa Medicação [ ] Evadiu-se [ ] Alta [ ] Óbito [ ]

Dr. Coriano Mariano C. Neto
Médico
CRE/PE: 27000

Médico

Maria do Socorro Alves Carvalho

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: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000067840-7

Nr. da Autenticação 146D9ABD32BF8F76

celpe
neoenergia

DADOS DO CLIENTE

CPF 353.443.174-87

03 REGIONAL
PESQUEIRA
1

7028660720

03/2019

26/03/2019

15/04/2019

17,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R$)
Consumo Acumulado	30	0,59[illegible]	17,55
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,33

TOTAL DA FATURA 17,88

05 SET 2019

CELPE

*130133025 08/2019

21/08/2019 11/09/2019

163,84

05 SET 2019

celpe
neoenergia

CPF 351.443.174-87

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

7026660720

03/2019

26/03/2019

15/04/2019

17.88

celpe
neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

CPF 351.443.174-87

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
4

7026660720

03/2019

26/03/2019

15/04/2019

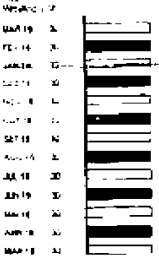
17.88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo kWh (kWh)	30	0,59[illegible]	10,03
Contribuição Pública Municipal			1,39

TOTAL DA FATURA 17,88

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	14,00	30	1,0000		0,00



BASE DE CÁLCULO

VALOR DO IMPOSTO

[illegible]

[illegible]

[illegible]

	CONSUMO	VALOR ATUALIZADO 03/2019	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUALIZADA
DIC		0,00		
FAT		[illegible]		
BAIXA				

CELPE

1130133025 08/2019

21/08/2019 11/09/2019

163,84

CELPE

1130133025 08/2019

21/08/2019 11/09/2019

163,84

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.495.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do beneficiário

EGITON FLAVIO FIRAZÃO ROCHA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FIRAZÃO ROCHA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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: ANTÔNIO TOME DE SOUZA	Número: 573	Complemento: CASA
Bairro: SÃO CRISTOVÃO Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	CEP: 56.903-220
E-mail:		Tel.(DDD): 87-9.9998-1477

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

05 SET 2019

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EGITON FLAVIO FIRAZÃO ROCHA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FIRAZÃO ROCHA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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: ANTÔNIO TOME DE SOUZA	Número: 573	Complemento: CASA	
Bairro: SÃO CRISTOVÃO	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	CEP: 56.903-220
E-mail:			Tel.(DDD): 87-9.9998-1477

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

05 SET 2019

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 008.405.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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: ANTÔNIO TOME DE SOUZA		Número: 573	Complemento: CASA
Bairro: SÃO CRISTOVÃO	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	CEP: 56.903-220
E-mail:			Tel. (DDD): 87-9.9998-5477

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima

Assinatura do Declarante

DLORI.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461.684 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461.684 / 61 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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: ANTÔNIO TOME DE SOUZA		Número: 573	Complemento: CASA
Bairro: SÃO CRISTOVÃO	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	CEP: 56.903-220
E-mail:			Tel. (DDD): 87-9.9998-5477

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima

Assinatura do Declarante

DLORI.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos acesse o site **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

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO,

RG nº 9099336, data de expedição 04/05/02,

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 115.840.034-58,

com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOT. AREIA BRANCA, nº 1.215,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014

Placa: OYV-8075 Chassi: 9C2KC1680ER020849

Data do Acidente: 11/04/2014

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrelino

Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha

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

CARTORIO DO 2º OFICIO
Rua [illegible] de Carvalho, 32
Te[illegible]
Edi[illegible] de Morais Pereira
CARTORIO DO 2º OFICIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Tabelia: Edivirgens Ormos de Morais Pereira
Telefone: (87) 3841-[illegible]

Reconheço por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE Dou Fé. Edivirgens Ormos de Morais Pereira, Tabelia. Emol: R$ 6,78, TSNR: R$ 1,60, FEDP: R$ 0,05, FUNSEC: R$ 0,16, FEPC: R$ 0,80, ISS: R$ 0,40. Total: [illegible]
Selo: [illegible]
Confira autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

05 SET 2019

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos acesse o site **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

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO,

RG nº 9099336, data de expedição 04/05/02

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 115.840.034-58,

com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOT. AREIA BRANCA, nº 1.215,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014

Placa: OYV-8075 Chassi: 9C2KC1680ER010849

Data do Acidente: 11/04/2014

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrelino

Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha

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

CARTORIO DO 2º OFICIO
Rua [illegible] de Carvalho, 32
Te[illegible]
Edi[illegible] de Morais Pereira
CARTORIO DO 2º OFICIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Tabelia: Edivirgens Ormos de Morais Pereira
Telefone: (87) 3841-[illegible]

Reconheço por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE Dou Fé. Edivirgens Ormos de Morais Pereira, Tabelia. Emol: R$ 6,78, TFRJ: R$ 1,60, FEMP: R$ 0,05, FUNSEC: R$ 0,16, FERC: R$ 0,80, ISS: R$ 0,40. Total: [illegible]
Selo: [illegible]
Confira autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

05 SET 2019

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site **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

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO

RG nº 9099336, data de expedição 04/05/03

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 115.840.034-58

com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOT. AREIA BRANCA nº 1.215

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014

Placa: OXV-3075 Chassi: 9C2KC1670ER030549

Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrelino
Assinatura do Declarante

Egiton flavio frazão rocha
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTORIO DO 2º OFICIO
Rua [illegible] de Carvalho 32
Tel [illegible] Belmonte - PE
Edivirgens Gomes de Marins Pereira
CARTORIO DO 2º OFICIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Tabelia: Edivirgens Gomes de Marins Pereira
Telefone: (87) 38841-006

Reconheço por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO E EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA. Sao Jose de Belmonte/PE. Dou FE. Edivirgens Gomes de Marins Pereira, Tabelia. Emol: R$ 6,78, TFJ: R$ 1,60, FEDJ: R$ 0,84, FEMIG: R$ 0,16, FEPO: R$ 0,80, ISS: R$ 0,40. Total: R$ [illegible]
Selo: [illegible]
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site **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

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO

RG nº 9099336, data de expedição 04/05/02

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 115.840.034-58

com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOT. AREIA BRANCA nº 1.215

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014

Placa: OXV-3075 Chassi: 9C2KC1670ER030549

Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrelino
Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTORIO DO 2º OFICIO
Rua [illegible] de Carvalho 32
Tel [illegible] Belmonte - PE
Edivirgens Gomes de Marins Pereira
CARTORIO DO 2º OFICIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Tabelia: Edivirgens Gomes de Marins Pereira
Telefone: (87) 38841-006

Reconheço por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO E EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA. Sao Jose de Belmonte/PE. Dou FE. Edivirgens Gomes de Marins Pereira, Tabelia. Emol: R$ 6,78, TFJ: R$ 1,60, FEDM: R$ 0,84, FEMTG: R$ 0,16, FEPO: R$ 0,80, ISS: R$ 0,40. Total: [illegible]
Selo: [illegible]
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
CUIDANDO DA NOSSA GENTE!

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: **00041374** Data: **11/04/2019** Hora: **11:26**
Nome: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA** Sexo: **MASCULINO**
Idade: **24 Anos, 2 Meses** Data Nascimento: **16/03/1995** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Mãe: **EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA**
Cartão SUS: **708408776551462** RG:**9649500**
Logradouro:**SITIO AROEIRA** Nº Bairro: **ZONA RURAL**
Cidade: **SAO JOSE DO BELMONTE** Estado: **PE** Profissão: **AGRICULTOR**
Tipo do Atendimento: **2** Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:
Tax.: °C FR. irpm FC: bpm HGT mg/dl PA X mmhg Peso: kg
Classificação de Risco: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [ ] AZUL [ ]

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Acidente motocicleta.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① Atropina 1FA, ev 11:40
② Tramal 1FA + 100 SFO, 9%. EV. lento 11:40

Observação [ ] Internação [ ] Transferência [ ] Recusa Medicação [ ] Evadiu-se [ ] Alta [ ] Óbito [ ]

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CREMEPE: 27...

Médico

Maria do Socorro Alves Carvalho

05 SET 2019

Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Hospital [illegible]

Hospital [illegible]

Identificação do Paciente

[illegible]

[illegible]

[illegible] 16/05/1995

[illegible]

[illegible]

[illegible]

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

[illegible]

[illegible]

[illegible]

PROCEDIMENTO SOLICITADO

[illegible] 04.08.01.05-2

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
Fone: 9.9916-0112

12/09/19

05 SET 2019

CRID/CHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

26-19[illegible]-7

MOTIVO DE ALTA

NUMERO DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA ALTA

16/01/19

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO FILHO

CLÍNICA CIRURGICA

Data do Atendimento: 17/04/2019 | Prontuário: 00043770 | Registro: 00092372 | Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data Nascimento: 16/03/1995 | Idade: 24 Anos, 1 Mês | Sexo: MASCULINO | Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A) | Profissão: AGRICULTOR | Naturalidade: | Nacionalidade:

Filiação: Pai: FRANCISCO ROCHA | Mãe: EDVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA

Endereço: SITIO JUREMA | Nº:

Bairro: BOM NOME | Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE | Estado: PE | Telefone: 081010355

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito [ ] | Acidente de Trabalho [ ] | Outros Acidentes [ ] | Agressão [ ]

Suicídio [ ] | Coma [ ] | Óbito [ ]

Nome do Acompanhante: | Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Diagnóstico Inicial:

SADT:

Diagnóstico Final:

Data do Atendimento: | Data do Atendimento:

Melhorado [X] | Decisão Médica [X]
Inalterado [ ] | Alta a Pedido [ ]
Piorado [ ] | Transferência [ ]
Óbito+48h [ ] | Evasão [ ]
Óbito-48h [ ] | Indisciplina [ ]

Data do Internamento: 17/04/2019

Data da Alta: ___/___/___

Óbito em ___/___/___ Hora _____

Médico Responsável

GDS - Gerência Distrital de Saúde 87-3031-3014

05 SET 2019

Cirurgia Realizada

Nº do Procedimento

Data: Início: Término:

Cirurgião: 1º Auxiliar: 2º Auxiliar: Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Assinatura do Cirurgião

GDS - Gerência Desenvolvimento Nova S... Hurse - 87-3531-3114

05 SET 2019

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
CUIDANDO DA NOSSA GENTE!

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: **00041374** Data: **11/04/2019** Hora: **11:26**
Nome: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA** Sexo: **MASCULINO**
Idade: **24 Anos, 2 Meses** Data Nascimento: **16/03/1995** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Mãe: **EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA**
Cartão SUS: **708408776551462** RG:**9649500**
Logradouro:**SITIO AROEIRA** Nº Bairro: **ZONA RURAL**
Cidade: **SAO JOSE DO BELMONTE** Estado: **PE** Profissão: **AGRICULTOR**
Tipo do Atendimento: **2** Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:
Tax.: °C FR. irpm FC: bpm HGT mg/dl PA X mmhg Peso: kg
Classificação de Risco: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [ ] AZUL [ ]

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Acidente motocicleta.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① Atropina 1 FA, ev 11:40
② Tramal 1 FA + 100 ml SFO, 9%. EV. lento 11:40

Observação [ ] Internação [ ] Transferência [ ] Recusa Medicação [ ] Evadiu-se [ ] Alta [ ] Óbito [ ]

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CREMEPE: 27[illegible]
Médico

Maria do Socorro Alves Carvalho

05 SET 2019

Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Hospital [illegible]

Hospital [illegible]

Identificação do Paciente

[illegible]

[illegible]

[illegible] 16/05/1995

[illegible]

[illegible]

[illegible]

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

[illegible]

[illegible]

[illegible]

PROCEDIMENTO SOLICITADO

[illegible] 04.08.01.05-2

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
Fone: 9.9916-0112

12/04/19

05 SET 2019

CID-10 PRINCIPAL / CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

CRID/CHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

26190447443-7

MOTIVO DE ALTA

NUMERO DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA ALTA

16/05/19

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO FILHO

CLÍNICA CIRURGICA

Data do Atendimento: 17/04/2019 | Prontuário: 00043770 | Registro: 00092372 | Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data Nascimento: 16/03/1995 | Idade: 24 Anos, 1 Mês | Sexo: MASCULINO | Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A) | Profissão: AGRICULTOR | Naturalidade: | Nacionalidade:

Filiação: Pai: FRANCISCO ROCHA | Mãe: EDVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA

Endereço: SITIO JUREMA | Nº:

Bairro: BOM NOME | Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE | Estado: PE | Telefone: 081010355

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito [ ] | Acidente de Trabalho [ ] | Outros Acidentes [ ] | Agressão [ ]

Suicídio [ ] | Coma [ ] | Outros [ ]

Nome do Acompanhante: | Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Diagnóstico Inicial:

SADT:

Diagnóstico Final:

Data do Atendimento: | Data do Atendimento:

Melhorado [X] | Inalterado [ ] | Piorado [ ] | Óbito+48h [ ] | Óbito-48h [ ]

Decisão Médica [X] | Alta a Pedido [ ] | Transferência [ ] | Evasão [ ] | Indisciplina [ ]

Data do Internamento: 17/04/2019

Data da Alta: ___/___/___

Óbito em ___/___/___ Hora _____

Médico Responsável

GDS - Gerente Operacional de Sistemas 87-7031-3014

05 SET 2019

Cirurgia Realizada | Nº do Procedimento

Data: | Início: | Término:

Cirurgião: | 1º Auxiliar: | 2º Auxiliar: | Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Assinatura do Cirurgião

GDS - Gerência Desenvolvimento Nova S... Hurse - 87-3531-3114

05 SET 2019

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: **00041374** Data: **11/04/2019** Hora: **11:26**
Nome: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA** Sexo: **MASCULINO**
Idade: **24 Anos, 2 Meses** Data Nascimento: **16/03/1995** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Mãe: **EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA**
Cartão SUS: **708408776551462** RG:**9649500**
Logradouro:**SITIO AROEIRA** Nº Bairro: **ZONA RURAL**
Cidade: **SAO JOSE DO BELMONTE** Estado: **PE** Profissão: **AGRICULTOR**
Tipo do Atendimento: **2** Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:

Tax: [ ] °C FR: [ ] irpm FC: [ ] bpm HGT [ ] mg/dl PA [ ] X [ ] mmhg Peso: [ ] kg

Classificação de Risco: VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [ ] AZUL [ ]

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Acidente motocicleta.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① Atropina 1 FA, IV 11:40
② Tramal 1 FA + 100 ml SF 0,9% EV. lento 11:40

Observação [ ] Internação [ ] Transferência [ ] Recusa Medicação [ ] Evadiu-se [ ] Alta [ ] Óbito [ ]

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CRM-PE: 27[illegible]

Médico

Maria do Rosário Alves Carvalho

Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
Fone: 9.9916-0112
CEM - 1

12.04.19

CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

16/6/19

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO DA

CLÍNICA

CIRURGICA

Data do Atendimento 17/04/2019 | Prontuário 00043770 | Registro 00392072 | Convênio SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data Nascimento 16/03/1995 | Idade 24 Anos 1 Mês | Sexo MASCULINO | Cor PARDA

Estado Civil SOLTEIRO(A) | Profissão AGRICULTOR | Naturalidade | Nacionalidade

Filiação Pai FRANCISCO ROCHA | Mãe EDVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA

Endereço SITIO JUREMA | Nº

Bairro BOM NOME | Cidade SAO JOSE DO BELMONTE | Estado PE | Telefone 981010225

ELEMENTOS DA OCORRENCIA

Acidente de Trânsito [ ] | Acidente de Trabalho [ ] | Outros Acidentes [ ] | Agressão [ ]

Suicídio [ ] | Canal [ ] | Outros [ ]

Nome do Acompanhante | Telefone do Acompanhante

Endereço

Local da Ocorrência

ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS

Diagnóstico Inicial

SADT

Diagnóstico Final

Data do Atendimento | Data do Atendimento

Melhorada [X] | Decisão Médica [X] | Data do Internamento 17/04/2019

Inalterado [ ] | Alta a Pedido [ ] | Data da Alta: ___/___/___

Piorado [ ] | Transferência [ ]

Obito+48h [ ] | Evasão [ ]

Obito-48h [ ] | Indisciplina [ ]

Obito em ___/___/___ Hora _____

Médico Responsável

GDS - Grupo Desenvolvimento de Sistemas - 87-9931-3014

Cirurgia Realizada

Nº do Procedimento

Data

Início

Término

Cirurgião

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesista

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Assinatura do Cirurgião

GDS - Gestão e Desenvolvimento de Saúde - 87-3531-3514

EGITON FLAVIO FRAZÃO

Paciente, 24 anos, vitima de acidente com motocicleta em 11/04/2019, no município de São José do Belmonte-PE. Após exame de imagem foi constatada fratura de clavícula direita. Realizou cirurgia para osteosíntese no Hospital São Francisco dia 17/04/2019.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em região da clavícula direita, com força diminuída em MSD, limitação da movimentação articular do ombro direito, como limitação na abdução completa do braço direito e limitação da rotação externa do MSD.

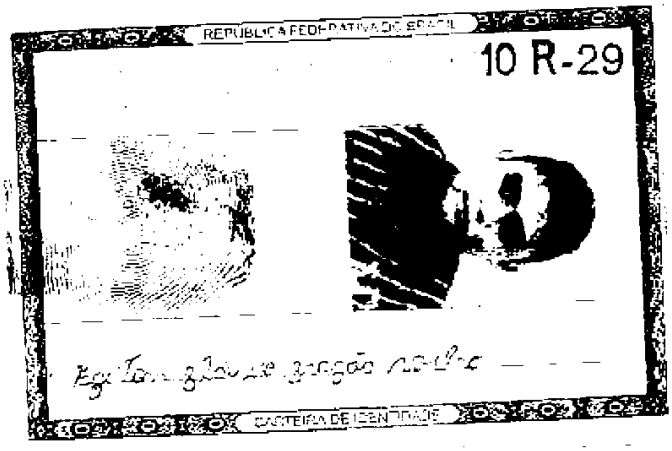
No momento, apresentando déficit funcional de 50% e déficit laboral em 50% em suas atividades agricultor.

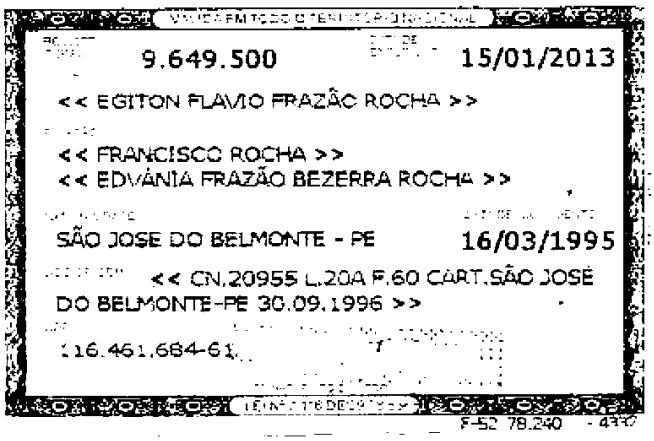
SERRA TALHADA, 24 DE SETEMBRO 2019.

Dra. Danniely Duarte
Médica
CRM-PE 27.[illegible]

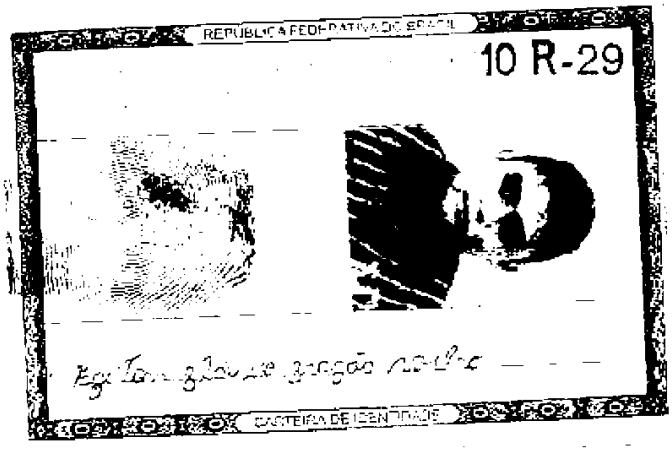
MÉDICA

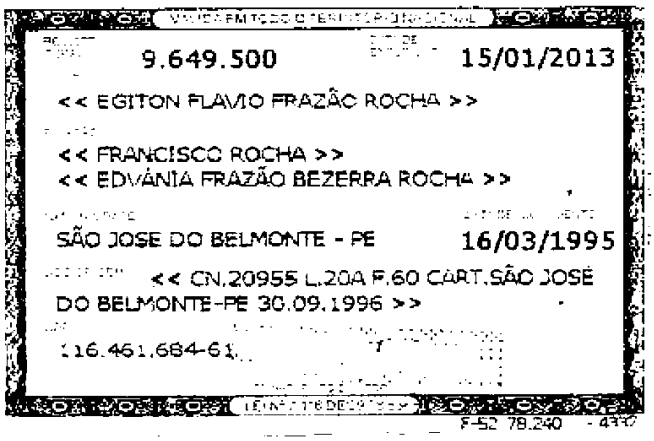
25 SET 2019


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
10 R-29
CARTEIRA DE IDENTIDADE

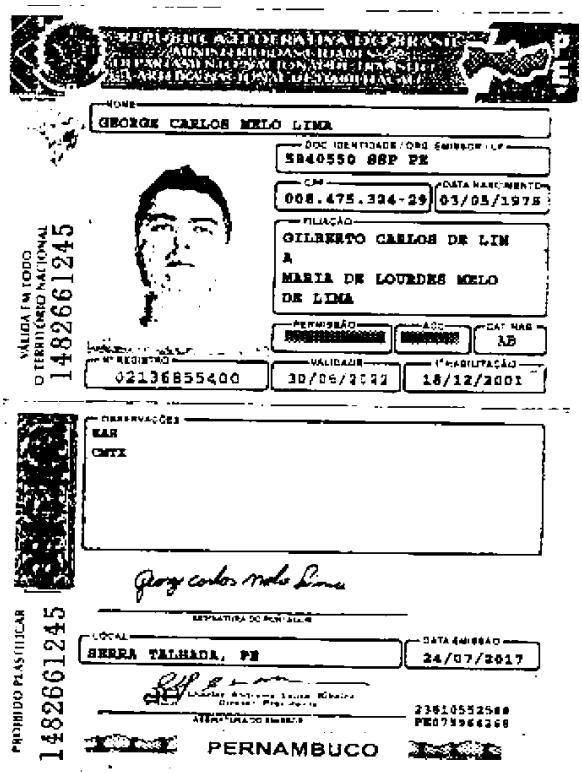

9.649.500
15/01/2013
<< EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA >>
<< FRANCISCO ROCHA >>
<< EDVÂNIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA >>
SÃO JOSE DO BELMONTE - PE
16/03/1995
<< CN.20955 L.20A F.60 CART.SÃO JOSE DO BELMONTE-PE 30.09.1996 >>
116.461.684-61

05 SET 2019


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
10 R-29
CARTEIRA DE IDENTIDADE


9.649.500
15/01/2013
<< EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA >>
<< FRANCISCO ROCHA >>
<< EDVÂNIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA >>
SÃO JOSE DO BELMONTE - PE
16/03/1995
<< CN.20955 L.20A F.60 CART.SÃO JOSE DO BELMONTE-PE 30.09.1996 >>
116.461.684-61

05 SET 2019



NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.334-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1975

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIM
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTX

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

23610552588
PE079964268

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

05 SET 2019