

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CONTA CONTABIL	RESUMO
7005749888	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
074722007	0001-A	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/10/2019	20111100000	2753300

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adicional	100,0000000	0,81089957	81,55
Acrescimo Bateria AMARELA			0,50
Acrescimo Bateria VERMELHA			5,01
Contrib. Imp. Publica Municipal			5,54
ICMS Substencio - CCE - NF 086234779-04/07/19			0,79
ICMS Substencio - CCE - NF 077044292-05/08/19			0,60
Multa por atraso - NF 075948284-04/09/19			1,35
Juros por atraso - NF 075948284-04/09/19			0,11

10274

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE TA ROTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
637914	LAT	04-09-2019	26.138,00	07-10-2019	26.237,00	23	1.00000		108,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		IMPOSTAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
1997	1998	BASE DE CÁLCULO	VALOR DOS IMPOSTOS		
327,19	381	95,08	22,28	Tratamento	68 26,48 37,05%
400,18	472	95,08	1,20	Tratamento (Cópia)	68 18,81 31,07%
58,19	71,7	95,08	8,52	Perdas de Energia	68 6,17 8,65%
230,16	262			Energia Solar	68 4,81 4,88%
				Tributos	68 38,88 32,27%
				Total	68 93,88 100%

PERÍODO	VALOR	TARIFAS APLICADAS	CANTIDAD
01/01/19	155		
02/01/19	172		
03/01/19	188		
04/01/19	162		
05/01/19	173		
06/01/19	178		
07/01/19	185		
08/01/19	193		

RENTA DE 15 ECUB B25 C200 2000 2000 2000 2000 2000 2000 2000

INFORMADOS IMPORTANTES

Pequena empresa de comércio eletrônico, a **Almoxarém** foi fundada em 2012 e atua no varejo eletrônico de moda e acessórios. Possui 40 mil itens no catálogo, 10 mil fornecedores e 10 milhões de visitantes por mês. A empresa é formada por 15 funcionários e fatura cerca de R\$ 10 milhões por ano. O fundador, **André Luiz de Almeida**, mora em São Paulo e trabalha em uma empresa de tecnologia. Ele possui uma esposa e dois filhos. A **Almoxarém** é uma empresa de comércio eletrônico que atua no varejo de moda e acessórios. A empresa possui 40 mil itens no catálogo, 10 mil fornecedores e 10 milhões de visitantes por mês. O fundador, **André Luiz de Almeida**, mora em São Paulo e trabalha em uma empresa de tecnologia. Ele possui uma esposa e dois filhos. A **Almoxarém** é uma empresa de comércio eletrônico que atua no varejo de moda e acessórios.

As a consequence, people are
misconstruing the meaning of the
414/57/01, because, according
to the present study, it is not
correct to assume that the
present study, which is presented in
the abstract, is the only one.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE VITOR SANTOS PEDROZA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 167.065.814 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE VITOR SANTOS PEDROZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 167.065.814 / 70, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Numero <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

VERTENTES, 05 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

VÍTIMA:



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IVANILDO SANTOS TIMOTEQ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE PESSOA DE LIMA 220

CPF. 944.377.344-91

BRASILIA/VERTENTES

VERTENTES PE

55770-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

7033287822

08/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

04/09/2019

26/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

217,77

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
075408227	UNICA	26/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/08/2019	2018827123	3873425

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	239,0000000	0,77545172	186,33
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,32
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,87
Multa por atraso-NF 071550773 - 29/07/19			2,30
Juros por atraso-NF 071550773 - 29/07/19			0,26
Atualização IGPM-NF 071550773 - 29/07/19			0,10

TOTAL DA FATURA

217,77

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
50260128	CAT	29-07-2019	22.319,00	28-08-2019	22.558,00	30	1,00000		239,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
AGO 18	238
JUL 19	144
JUN 19	
MAI 19	
ABR 19	
MAR 19	
FEV 19	
JAN 19	
DEZ 18	
NOV 18	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	198,24	25,00	49,56
PIS	198,24	0,74	1,46
COFINS	198,24	3,42	6,77

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	65,75	34,83%
Transmissão	6,90	3,48%
Distribuição (Celpe)	41,81	21,09%
Perdas de Energia	13,17	6,64%
Encargos Setoriais	9,82	4,95%
Tributos	57,79	29,15%
Total	188,24	100%

Consumo Ativo(kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,54833000

JOSE VITOR SANTOS PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

167.065.814-70

4 - Nome completo da vítima:

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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

5 - Nome completo:

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

6 - CPF:

167.065.814-70

7 - Profissão:

REC INF

8 - Endereço:

RUA JOSE PESSOA DE LIMA

9 - Número:

220

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BRASILIA

12 - Cidade:

VERTENTES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55770-000

15 - E-mail:

AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR

16 - Tel.(DDD):

81-99665-0454

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2553

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 39809

(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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

VERTENTES 05/12/2019

X José Vitor Santos Pedroza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



HMJS

Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

A.P.A.M.I VERTENTES –PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

-DECLARAÇÃO-

DECLARO para os devidos fins, que JOSÉ VÍTOR SANTOS PEDROSA, residente no Sítio Riacho Direito do Município de Vertentes, portador do RG. Nº 10.730.636 SDS/PE, foi vítima de acidente de trânsito no dia 05/09/2019, quando deu entrada na emergência desta Unidade Hospitalar, onde recebeu os primeiros cuidados, conforme cópia de seu Prontuário, anexa.

Vertentes, 22 de setembro de 2019.


Mª de Fátima C. Moura
Secretária
Apami Vertentes
PE 165 710 374-91

HOSPITAL MATERNIDADE DE VERTENTES
Avenida Coronel Braz Bezerra, 153 - Centro
CNPJ - 11.924.300/0001-12
APAMI - Vertentes - PE

FICHA DE PACIENTE

Prontuário 927
Data/Hora 05/09/2019, 17:32:

Nome
JOSE VITOR SANTOS PEDROSA

CPF

Sexo
Masculino

Profissão

Registro Geral

Carteiro SUS
200,6408,0743,0002

Estado Civil
Solteiro(a)

Cor / Raça
PARDA

Nascimento
13/04/2001

Logradouro
SÍTIO RIACHO DIREITO

Mãe
IVANILDA SANTOS PEDROSA

Bairro
SÍTIO

Pai
SEVERINO DINIZ PEDROSA

Cidade
Vertentes - PE

HD: Paciente vítima de lesão por queda, com lesões no
pedimento, (18 anos), sem TCE, sem uso de armadura.
Paciente vítima de trauma explosivo em 4º quadrante
da cabeça, 9/10/2019, 12h ± 30 minutos.

ABO: LVM, sem sinais de trauma craniano
Fe: 81 bpm Satura: 98% em RA

Condicion: ① Cefaléia LFA + LM
② Trauma LFA + 100ml SF95L RV.

Drº Gustavo Lima
Médico
CRM-PE 27495

HRA - trauma → 5764634
anamn.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0221000632**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2019** às **16:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/9/2019** às **17:10**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARTUR RODRIGUES DOS SANTOS, 1** - Bairro: **CENTRO** -
VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA (OUTRO)
JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**



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

JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANILDA SANTOS PEDROZA** Pai: **SEVERINO DINIZ PEDROZA** Data de Nascimento: **13/4/2001** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTES, 220, RUA JOSÉ PESSOA DE LIMA, 220, BRASÍLIA, VERTENTES-PE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA (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): **RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **PDV6176** (PERNAMBUCO/VERTENTES) Renavam: **109030603** Chassi: **9C2JB0100GR504001**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE TRANSITAVA COM A REFERIDA MOTOCICLETA PELA RUA ARTHUR RODRIGUES DOS SANTOS, MOMENTO EM QUE COLIDIU DE FRENTE COM O DESCONHECIDO, O QUAL VINHA CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA. COM A COLISÃO SOFREU LESÕES EM SEU PÉ DIREITO. É RELATADO QUE LOGO APÓS O ACIDENTE FOI DADO ENTRADA NO HOSPITAL MEMORIAL DR JAIME SANTANA, LOCALIZADO NA CIDADE DE VERTENTES E, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO..

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

Jose Vitor Santos Pedroza
JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Valeriano José Barbosa Neto* - Matrícula: 3869997

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

167.065.814-70

4 - Nome completo da vítima:

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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

5 - Nome completo:

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

6 - CPF:

167.065.814-70

7 - Profissão:

REC INF

8 - Endereço:

RUA JOSE PESSOA DE LIMA

9 - Número:

220

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BRASILIA

12 - Cidade:

VERTENTES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55770-000

15 - E-mail:

AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR

16 - Tel.(DDD):

81-99665-0454

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2553

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 39809

(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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

VERTENTES 05/12/2019

X José Vitor Santos Pedroza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704279

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054201/20

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF: 167.065.814-70

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA : 167.065.814-70

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: 10/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

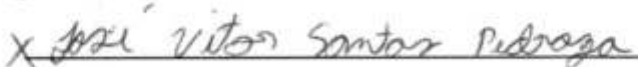
NOME: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.730.636 SDS/PE CPF: 167.065.814-70
DATA DO ACIDENTE: 05/09/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
ENDEREÇO: RUA JOSE PESSOA DE LIMA, 220, BRASILIA, VERTENTES-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

VERTENTES - PE 24 DE SETEMBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA NOTARIAL
E REGISTRAL
VERTENTES - PE


Rua Prof. José Alves Cavalcanti, 30 - Centro - Vertentes - PE
Fone: (81) 3734-1027 - E-mail: serventia@bol.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**, Doufé Vertentes-PE, 24/09/2019.

Em teste da verdade. *AELSON SOARES BARBOSA - Substituto. (EmolR\$ 3,51. TSNR: R\$ 0,80. FERC: 0,40. SS: 0,08 FERM: 0,04. FUNSEC: 0,08).

Selo: 0152405.YLJ0820190101488.

Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/validadigital



Aelson Soares Barbosa
- Substituto -

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054201/20

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF: 167.065.814-70

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA : 167.065.814-70

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: 10/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013934830748
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 1090306030 RJN.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA

VERTENTES-PE

CPF / CNPJ: 011.522.044-59 PLACA: PDV6176

PLACA ANT. / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2JB0100GR504001

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/POP 110I ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2016

CAP. / POT. / CIL: 2P/109CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª *****
FAIXA IRVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: AL. FID. ADM CONS JAC HONDA LTDA

VERTENTES: Charles Andrews Sousa Ribeiro

DATA: 27/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013934830748 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA
SITIO RIACHO DIREITO RURAL 01 55770-000
CASA SERRA DA CACHUEIRA VERTENTES-PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 27/02/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 011.522.044-59 PLACA: PDV6176

RENAVAM: 1090306030 MARCA / MODELO: HONDA/POP 110I

ANO FAB: 2016 CALIBRE: 09 Nº CHASSI: 9C2JB0100GR504001

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$): DENATRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): TOTAL SERVIÇO REG. SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.808/0001-04

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704279 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704279 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JUVARES RIBEI

EC-5




José Vitor Santos Pedroza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 10.730.636 DATA DE
EXPIRAÇÃO 19/12/2017

SEU: << JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA >>

FILIAÇÃO: << SEVERINO DINIZ PEDROSA >>
<< IVANILDA SANTOS PEDROZA >>

NATURALIDADE: VERTENTES - PE DATA DE NASCIMENTO: 13/04/2001

DOC. CRIMINAL: << 075531 01 55 2001 1 00015 202
0017315 41 VERTENTES-PE >>

CPF: *Paulo de Carvalho*
ASSINATURA DO PRESIDENTE
DA COMISSÃO DE REGULAÇÃO
DO LITIGÂNCIA DE REGULAÇÃO

1018026070801092946.7839732 GERENTE DO RIT F-78 51.250 - 4523

MINISTARIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRICAO NO CPF

(Valido somente com documento de identificacao.)

Nr|| do CPF: 167.065.814-70

Nome: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Data de Nascimento: 13/04/2001

Comprovante emitido as 10:34:05 do dia

18/09/2019 (hora e data de Brasilia)

Codigo de Controle do Comprovante:

64DD.A357.50DD.CB5C

Digito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante devera
ser confirmada na Internet, no endereco:

<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nr|| 1.042,
de 10 de Junho de 2010)

Emitido por: CORREIOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE VITOR SANTOS PEDROZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 167.065.814 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE VITOR SANTOS PEDROZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 167.065.814 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Numero <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

VERTENTES. 05 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0221000632**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2019** às **16:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/9/2019** às **17:10**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARTUR RODRIGUES DOS SANTOS, 1** - Bairro: **CENTRO** -
VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA (OUTRO)
JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**



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

JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANILDA SANTOS PEDROZA** Pai: **SEVERINO DINIZ PEDROZA** Data de Nascimento: **13/4/2001** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTES, 220, RUA JOSÉ PESSOA DE LIMA, 220, BRASÍLIA, VERTENTES-PE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA (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): **RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **PDV6176** (PERNAMBUCO/VERTENTES) Renavam: **109030603** Chassi: **9C2JB0100GR504001**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE TRANSITAVA COM A REFERIDA MOTOCICLETA PELA RUA ARTHUR RODRIGUES DOS SANTOS, MOMENTO EM QUE COLIDIU DE FRENTE COM O DESCONHECIDO, O QUAL VINHA CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA. COM A COLISÃO SOFREU LESÕES EM SEU PÉ DIREITO. É RELATADO QUE LOGO APÓS O ACIDENTE FOI DADO ENTRADA NO HOSPITAL MEMORIAL DR JAIME SANTANA, LOCALIZADO NA CIDADE DE VERTENTES E, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO..

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

Jose Vitor Santos Pedroza
JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Valeriano José Barbosa Neto* - Matrícula: 3869997



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

167.065.814-70

4 - Nome completo da vítima:

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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

5 - Nome completo:

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

6 - CPF:

167.065.814-70

7 - Profissão:

REC INF

8 - Endereço:

RUA JOSE PESSOA DE LIMA

9 - Número:

220

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BRASILIA

12 - Cidade:

VERTENTES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55770-000

15 - E-mail:

AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR

16 - Tel.(DDD):

81-99665-0454

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2553

CONTA: 39809

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

VERTENTES 05/12/2019

X José Vitor Santos Pedroza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

167.065.814-70

4 - Nome completo da vítima:

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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

5 - Nome completo:

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

6 - CPF:

167.065.814-70

7 - Profissão:

REC INF

8 - Endereço:

RUA JOSE PESSOA DE LIMA

9 - Número:

220

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BRASILIA

12 - Cidade:

VERTENTES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55770-000

15 - E-mail:

AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR

16 - Tel.(DDD):

81-99665-0454

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2553

CONTA: 39809

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

VERTENTES 05/12/2019

X José Vitor Santos Pedroza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455345/19

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF: 167.065.814-70

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA : 167.065.814-70

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: 17/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

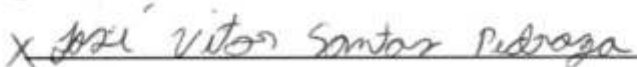
NOME: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.730.636 SDS/PE CPF: 167.065.814-70
DATA DO ACIDENTE: 05/09/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
ENDEREÇO: RUA JOSE PESSOA DE LIMA, 220, BRASILIA, VERTENTES-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

VERTENTES - PE 24 DE SETEMBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA NOTARIAL
E REGISTRAL
VERTENTES - PE


Rua Prof. José Alves Cavalcanti, 30 - Centro - Vertentes - PE
Fone: (81) 3734-1027 - E-mail: serventia@bol.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**, Doufé Vertentes-PE, 24/09/2019.

Em teste da verdade. *AELSON SOARES BARBOSA - Substituto. (EmolR\$ 3,51. TSNR: R\$ 0,80. FERC: 0,40. SS: 0,08 FERM: 0,04. FUNSEC: 0,08).

Selo: 0152405.YLJ0820190101488.

Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/validadigital



Aelson Soares Barbosa
- Substituto -

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013934830748
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 1090306030 RJN.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA

VERTENTES-PE

CPF / CNPJ: 011.522.044-59 PLACA: PDV6176

PLACA ANT. / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2JB0100GR504001

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/POP 110I ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2016

CAP. / POT. / CIL: 2P/109CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª *****
FAIXA IRVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: AL. FID. ADM CONS JAC HONDA LTDA

VERTENTES: Charles Andrews Sousa Ribeiro

DATA: 27/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013934830748 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA
SITIO RIACHO DIREITO RURAL 01 55770-000
CASA SERRA DA CACHUEIRA VERTENTES-PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 27/02/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 011.522.044-59 PLACA: PDV6176

RENAVAM: 1090306030 MARCA / MODELO: HONDA/POP 110I

ANO FAB: 2016 CALIBRE: 09 Nº CHASSI: 9C2JB0100GR504001

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$): DENATRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): TOTAL SERVIÇO REG. SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.808/0001-04

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455345/19

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF: 167.065.814-70

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE VITOR SANTOS PEDROZA : 167.065.814-70

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: 17/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JUVARES RIBEI

EC-5




José Vitor Santos Pedroza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 10.730.636 DATA DE
EXPIRAÇÃO 19/12/2017

SEUS
<< JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA >>

FILIAÇÃO
<< SEVERINO DINIZ PEDROSA >>
<< IVANILDA SANTOS PEDROZA >>

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO
VERTENTES - PE 13/04/2001

DOE ORDEM << 075531 01 55 2001 1 00015 202
0017315 41 VERTENTES-PE >>

CPF
Paulo de Carvalho
ASSINATURA DO PRESIDENTE DO COMITÊ DE FIDELIDADE

1018026070801092946.7839732 GERENTE DO RIT F-78 51.250 - 4523

MINISTARIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRICAO NO CPF

(Valido somente com documento de identificacao.)

Nr|| do CPF: 167.065.814-70

Nome: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Data de Nascimento: 13/04/2001

Comprovante emitido as 10:34:05 do dia

18/09/2019 (hora e data de Brasilia)

Codigo de Controle do Comprovante:

64DD.A357.50DD.CB5C

Digito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante devera
ser confirmada na Internet, no endereco:

<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nr|| 1.042,
de 10 de Junho de 2010)

Emitido por: CORREIOS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR / UF
3092028 SSP PE

CPF
574.940.534-68

DATA DE NASCIMENTO
04/04/1968

FUNÇÃO
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA BOMMEIO
DALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO
[] ACC [] CC. HABIL. [] AD

Nº REGISTRO
01410701208

VALIDADE
16/12/2020

VALIDADE
25/05/1986

OBSERVAÇÃO
A

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE - PE

DATA EMISSÃO
16/12/2015

ASSINATURA DO CANDIDATO
[Assinatura]

ASSINATURA DO DETRAN
[Assinatura]

47567076291
PE070290467

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODAS
AS VERBAIS DO NACIONAL
1219484604

PERMISSÃO PLASTIFICAR
1219484604



HMJS


Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

A.P.A.M.I VERTENTES –PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

-DECLARAÇÃO-

DECLARO para os devidos fins, que JOSÉ VÍTOR SANTOS PEDROSA, residente no Sítio Riacho Direito do Município de Vertentes, portador do RG. Nº 10.730.636 SDS/PE, foi vítima de acidente de trânsito no dia 05/09/2019, quando deu entrada na emergência desta Unidade Hospitalar, onde recebeu os primeiros cuidados, conforme cópia de seu Prontuário, anexa.

Vertentes, 22 de setembro de 2019.


Mª de Fátima C. Moura
Secretária
Apami Vertentes
PE 165 710 374-91

HOSPITAL MATERNIDADE DE VERTENTES
Avenida Coronel Braz Bezerra, 153 - Centro
CNPJ - 11.924.300/0001-12
APAMI - Vertentes - PE

FICHA DE PACIENTE

Prontuário 927
Data/Hora 05/09/2019, 17:32:

Nome
JOSE VITOR SANTOS PEDROSA

CPF

Sexo
Masculino

Profissão

Registro Geral

Carteiro SUS
200,6408,0743,0002

Estado Civil
Solteiro(a)

Cor / Raça
PARDA

Nascimento
13/04/2001

Logradouro
SÍTIO RIACHO DIREITO

Mãe
IVANILDA SANTOS PEDROSA

Bairro
SÍTIO

Pai
SEVERINO DINIZ PEDROSA

Cidade
Vertentes - PE

HD

Paciente vítima de lesão por asfixia, com lesões no
peitoral, (18 anos), sem TC, sem uso de armadura.

Paciente vítima de trauma explosivo em 4º quadrante
da cabeça, 9/1000, 120 ± 30 mmHg.

ABO: LUM, sem sinais de trauma por trauma
Fe. 81 g/m satur. 98% em RA

Condicion: ① captação LFA 1m
② Tensão LFA = 100 mmHg 95% K.

Dr. Gustavo Lima
Médico
CRM-PE 27495

HRA - trauma → 5764634
anam.



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **José Victor Santos Pedroza** , Esteve Interno nesta unidade de saúde no dia **05/09/2019 a 06/09/2019** . Registro Hospitalar: **344695**

OBS: Vitima de Acidente de Transito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 02 de Outubro 2019

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR - Km 130
Indianópolis - PE 55000-000
setor de Arquivo (same)

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Victor Santos Pedraga

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

344695

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2 1 0 0 6 4 0 8 1 0 7 4 3 1 0 0 0 1 2

16 - DATA DE NASCIMENTO

13/04/2001Masc ☒Fem ☐

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Ivanelida Santos Pedraga

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pct com fratura exposta de hálux direita

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EE + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de hálux direita

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento + fio cirúrgico/cutura

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOSE VICTOR SANTOS PEDROSA

Nº Registro: 344695

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 28

Admissão: 05/09/19

HD: FX EXPOSTA DO HALUX DIREITO

TTo (05/09/19):

Em Uso:

Fez uso:

HDA: Paciente deu entrada no serviço dia 05/09/19, encaminhado para avaliação da Ortopedia, vítima de traum. APRESENTANDO FX EXPOSTA DE HALUX DIREITO..

Exames:

EVOLUÇÃO MÉDICA

05/09/19: FOI REALIZADO COBERTURA COM PARTES MOLES E ALTA COM PRESCRIÇÃO DE ANTIBIOTICOS

Paciente evolui com EGBom, consciente, orientado, acianótico, anictérico, afebril ao toque. Em dieta VO livre, com eliminações fisiológicas normais.

AR: MV +, s/ RA, FR 18 irpm, SatO2 95% AA

ACV: RCR, 2T, BNF, SS, FC 84 bpm

ABD: plano, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias palpáveis.

Extremidades: Livres, sem edemas, com boa perfusão.

06/09/19: PCT COM CONDIÇÕES DE ALTA. EVOLUI CLINICAMENTE SEM QUEIXAS.

Paciente evolui com EGBom, consciente, orientado, acianótico, anictérico, afebril ao toque. Em dieta VO livre, com eliminações fisiológicas normais.

AR: MV +, s/ RA, FR 19 irpm, SatO2 98% AA

ACV: RCR, 2T, BNF, SS, FC 76 bpm

ABD: plano, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias palpáveis.

Extremidades: Livres, sem edemas, com boa perfusão.

CONDUTA: ALTA + ORIENTAÇÕES

DATA:

CARIMBO + CREMEPE: