



04/08/2020

Número: **0023212-18.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE VITOR SANTOS PEDROZA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65732 132	04/08/2020 09:48	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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:

**CELPE**

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 TIMOTEI

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE PESSOA DE LIMA 220

CPF 944.377.344-91

BRASILIA/VERTENTES
VERTENTES PE
55770-000**CLASSIFICAÇÃO**
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO

7033287822

MÊS/ANO

08/2019

DATA DE VENCIMENTO

04/09/2019

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

26/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

217,77

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
075406227	UNICA	28/08/2019

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
AGO 18 238		Geração de energia R\$ 65,75 34,03%
JUL 19 144		Transmissão R\$ 6,90 3,48%
JUN 19	ICMS 188,24 25,00 49,56	Distribuição (Celpe) R\$ 41,81 21,09%
MAI 19	PIS 188,24 0,74 1,46	Perdas de Energia R\$ 13,17 6,54%
ABR 19	COFINS 188,24 3,42 6,77	Encargos Setoriais R\$ 9,82 4,95%
MAR 19		Tributos R\$ 57,79 28,15%
FEV 19		Total R\$ 188,24 100%
JAN 19		
DEZ 18		
NOV 18		

Consumo Ativo(kWh) 239,0000000

TARIFAS APLICADAS



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: 4 - Nome completo da vítima:
167.065.814-70 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: JOSÉ 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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2553 CONTA: 39809 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vairascor)? ☐ 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)

FPS.001 V002/2019





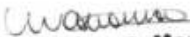
HMJS
Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

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
CPF 165 710 374-91



HOSPITAL MATERNIDADE DE VERTENTES

Avenida Coronel Braz Nogueira, 153 - Centro

CNPJ - 11.924.300/0001-12

APAM - 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

Cartão SUS

200,6408,0743,0002

Estado Civil

Solteiro(a)

Cor / Raça

PARDA

Nascimento

13/04/2001

Logradouro

SITIO RIACHO DIREITO

Mãe

IVANILDA SANTOS PEDROSA

Bairro

SITIO

Pai

SEVERINO DINIZ PEDROSA

Cidade

Vertentes - PE

HD

Paciente vítima de acidente motorizado, com vítima ou
pedestre, (18 anos), sem TCE, sem uso de cinto.

Paciente vítima de trauma externo em 4º quadrante
da cabeça, 120' ± 30° Músculo.

OBDO: LVM, sem sinais de trauma abdominal
Fe: 81 g/m SAT: 98% em RA

Condut: ① Exatidão LFA + LM

② Trauma LFA + 100mg SF 95% Rv.

Drº Gustavo Lima
Médico
CRM-PE 27495

HRA - trauma → 5764634
www. ortopedia





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 (Consumados), 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: 9 - 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**

04/10/2019 16:09



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

José Vitor Santos Pedroza

JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA
(VITIMA)

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



04/10/2019 16:09





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: 4 - Nome completo da vítima:
167.065.814-70 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: JOSÉ 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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2553 CONTA: 39809 1 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vairascor)? ☐ 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)

FPS.001 V002/2019





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, 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

Carta nº 15273111

Pag. 00223/00224 - carta_01 - INVALIDEZ



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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

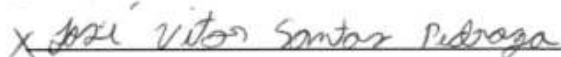
NOME: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.730.636 SDS/PE CPF: 167.065.814-70
DATA DO ACIDENTE: 05/09/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
ENDEREÇO: RUA JOSE PESSOA DE LIMA, 220, BRASILIA, VERTENTES-PE

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) 3734-1527 - E-mail: aelsoaresbarbosa@bol.com.br

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

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

Selo: 0152405 YLJ0820190101486.

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



REPUBLICA 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**

ESPECIE TIPO: **PAS / MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

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

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

COTA ÚNICA: **IPVA 2018 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA: **1º *******

FAIXA IPVA: **1** PARCELAMENTO / COTAS: **2º *******

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **SEGURO PAGO** IOF (R\$): **SEGURO PAGO** PRÊMIO TOTAL (R\$): **SEGURO PAGO** DATA DE PAGAMENTO: **27/02/18**

OBSERVAÇÕES: **AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA**

VERTENTES: **Charles Andrews Sousa Ribeiro** DATA: **27/02/18**
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 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** DATA: **09** Nº CHASSI: **9C2JB0100GR504001**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): **SEGURO PAGO** DENATRAM (R\$): **SEGURO PAGO** CUSTO DO SEGURO (R\$): **SEGURO PAGO**

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

PAGAMENTO: **SEGURO PAGO** DATA DE QUITAÇÃO: **SEGURO PAGO**

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.908/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA 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 JAVABES RIBEI

EC-5




José Vitor Santos Pedrosa
IDENTIFICADO FISCAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.730.636 DATA DE EMISSÃO 19/12/2017

NOME: << JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA >>

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

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

CPF: << 075531 01 55 2001 1 00015 202 0017315 41 VERTENTES-PE >>

Paulo de Carvalho
ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 10.166/2000 - ART. 1º, II

1018026070801092946.7839732 GERENTE DO RTI 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



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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

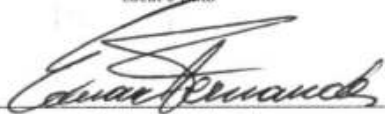
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 (Consumados), 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: 9 - 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**

04/10/2019 16:09



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

José Vitor Santos Pedroza
JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA
(VITIMA)

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



04/10/2019 16:09





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: 4 - Nome completo da vítima:
167.065.814-70 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: JOSÉ 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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2553 CONTA: 39809 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (val 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)

FPS.001 V002/2019





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: 4 - Nome completo da vítima:
167.065.814-70 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: JOSÉ 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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2553 CONTA: 39809 1 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (val 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)

FPS.001 V002/2019



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

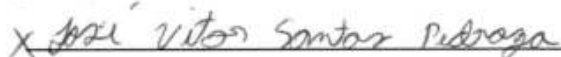
NOME: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.730.636 SDS/PE CPF: 167.065.814-70
DATA DO ACIDENTE: 05/09/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
ENDEREÇO: RUA JOSE PESSOA DE LIMA, 220, BRASILIA, VERTENTES-PE

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) 3734-1527 - E-mail: aelsonsoares@bol.com.br

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

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

Selo: 0152405 YLJ0820190101486.

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



Aelson Soares Barbosa - Substituto

REPUBLICA 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**

ESPECIE TIPO: **PAS / MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

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

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

COTA ÚNICA: **IPVA 2018 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA: **1º *******

FAIXA IPVA: **1** PARCELAMENTO / COTAS: **2º *******

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **SEGURO PAGO** IOF (R\$): **SEGURO PAGO** PRÊMIO TOTAL (R\$): **SEGURO PAGO** DATA DE PAGAMENTO: **27/02/18**

OBSERVAÇÕES: **AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA**

VERTENTES-PE **Charles Andrews Sousa Ribeiro** DATA: **27/02/18**
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 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** CAT. TIRE: **09** Nº CHASSI: **9C2JB0100GR504001**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): **SEGURO PAGO** DENATRAM (R\$): **SEGURO PAGO** CUSTO DO SEGURO (R\$): **SEGURO PAGO**

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

PAGAMENTO: **SEGURO PAGO** DATA DE QUITAÇÃO: **27/02/18**

COTA ÚNICA: **SEGURO PAGO** PARCELADO: **SEGURO PAGO**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.908/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NAO 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 JAVABES RIBEI

EC-5




José Vitor Santos Pedrosa
IDENTIFICADO FISCAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.730.636 DATA DE EMISSÃO 19/12/2017

NOME << JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA >>

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

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

CPF 0017315 41 VERTENTES-PE >>

Paulo de Carvalho
ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 10.196/2001 DE 10/11/2001

1018026070801092946.7839732 GERENTE DO RTI 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTERA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
 EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / OUT. SANCION. / UF
 3092028 SSP PE

CPF
 574.940.534-68

DATA NASCIMENTO
 04/06/1988

FUNÇÃO
 AMARO FERNANDES DE
 OLIVEIRA SOBRINHO
 DALVANI COSTA DE
 ALBUQUERQUE FERNANDES

PROMISSÃO
 [] AC [] OC. NAL
 [] AD

PROMISSÃO
 01410701208

VALIDADE
 10/12/2030

PRIMEIROS
 25/09/1986

ASSINATURA
 [Assinatura]

LOCAL
 SANTA CRUZ DO CAPIMARIM - PE

DATA EMISSÃO
 16/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 [Assinatura]

47587070291
PE070290467

DETAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219484604

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1219484604





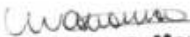
HMJS
Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

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
CPF 165 710 374-91



HOSPITAL MATERNIDADE DE VERTENTES

Avenida Coronel Braz Nizer, 153 - Centro

CNPJ - 11.924.300/0001-12

APAM - 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

SITIO RIACHO DIREITO

Mãe

IVANILDA SANTOS PEDROSA

Bairro

SITIO

Pai

SEVERINO DINIZ PEDROSA

Cidade

Vertentes - PE

HD

Paciente vítima de acidente motorciclista, com vítima de
pedra, (18 anos), sem TCE, sem uso de cinto.

Paciente vítima de trauma externo em 4º quadrante
da cabeça, 120' ± 30° MUDAS.

OBDO: LUM, sem sinais de trauma externo
Fe: 81 g/m SAT: 98% em RA

CONDIÇÃO: ① Cefaléia LFA + LM

② Trauma LFA + 100ml SF 95% Rv.

Drº Gustavo Lima
Médico
CRM-PE 27495

HRA - trauma → 5764634
www. ORTOPEDIA





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

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 130 - Km 130
Indianópolis - PE - 55.024.000
setor de Arquivo (same)

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (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

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Victor Santos Pedraga

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

344695

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

2100641081074310001213/04/2001Masc ☒Fem ☐

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Iranilda Santos Pedraga

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

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

Perda 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

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Perda de hálux direita**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento + fixação cirúrgica/sutura

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)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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:

