Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

11/08/2020

Número: **0025163-47.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **01/06/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FABIO JUNIOR DA SILVA (AUTOR)	**EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66076193	10/08/2020 15:10	ANEXO 1	Outros (Documento)

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200049914 **Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO JUNIOR DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01821/01822 - carta_01 - INVALIDEZ

00020911

Carta nº 15449264

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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200049914 **Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO JUNIOR DA SILVA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **FABIO JUNIOR DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000000051**
Conta: **0000011522-3**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01017/01018 - carta_15R - INVALIDEZ

00030509

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, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200049914 **Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO JUNIOR DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00735/00736 - carta_09 - INVALIDEZ

00040368

Carta nº 15691763

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro da ASL | 3 - CPF da vítima | 4 - Nome completo da vítima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo | 6 - CPF

7 - Profissão | 8 - Endereço | 9 - Número | 10 - Complemento

11 - Bairro | 12 - Cidade | 13 - Estado | 14 - CEP

15 - E-mail | 16 - Telefone

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 (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R$ 1.000,00 (MÍNIMO) ☐ R$ 1.000,01 A R$ 2.000,00 ☐ R$ 2.000,01 A R$ 3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$ 3.000,01 A R$ 4.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 4.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para o banco abaixo. Assinale a opção) ☐ CONTA CORRENTE (informar o banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 11322-3 AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

(informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

Autorizo

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

INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro,

- 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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 tiver filhos, informar o nº vivos | Faleceram | 30 - Vítima deixou descendentes vivos? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tiver irmãos, informar o nº vivos | Faleceram | 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: CARIRIÇU/MG 20 DE NOVEMBRO DE 19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário(a) ou de quem assina a pedido (a rogo)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou AS: | 3 - CPF da vítima: [illegible] | 4 - Nome completo da vítima: [illegible]

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: [illegible] | 6 - CPF: [illegible]

7 - Profissão: [illegible] | 8 - Endereço: [illegible] | 9 - Número: [illegible] | 10 - Complemento: [illegible]

11 - Bairro: [illegible] | 12 - Cidade: [illegible] | 13 - Estado: [illegible] | 14 - CEP: [illegible]

15 - E-mail: | 16 - Telefone: [illegible]

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 - Vínculo do Representante Legal:

Declaro [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]
☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale a indicação) ☐ CONTA CORRENTE (informar o banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 11522 3 AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro, [illegible]

- 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

[illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tiver filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tiver irmãos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - CPF (legível) de quem assina a pedido (a rogo):

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e data: CARIRIÇU/AP 02 DE NOVEMBRO DE 19__

41 - Assinatura da vítima/beneficiário(a) ou de quem [illegible]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

[illegible]/002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002855

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **11:17**

Complementa o BO Número: **19E0179002549**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PORTUGAL, 1** - Bairro: **UNIVERSITARIO** - **CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
FABIO JUNIOR DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO JUNIOR DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

FABIO JUNIOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA** Pai: **JOSE FRANCISCO VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento: **16/8/1980** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6277144/SDS/PE (RG)**, **04456958464 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **ELETRICISTA**
Telefones Celulares
- **81991342562**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 25, RUA PROJETADA, LOT. PARQUE DA CIDADE, BAIRRO LUIZ GONZAGA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: ,, Pai: ,, Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX9543** (PERNAMBUCO/CARUARU)
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**
Descrição: **MODELO FAN 160 CC**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/S10** Objeto apreendido: **Não**

Cor **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição **PLACA NÃO SABIDA.**

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA AV. PORTUGAL, NO BAIRRO UNIVERSITÁRIO, FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO CONDUZIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIDA E QUE QUANDO CONTORNOU O AUTOMÓVEL, BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIR DESMAIOU, QUE QUANDO ACORDOU JÁ ESTAVA NO HRA DESTA CIDADE; QUE SUA MOTO RESULTOU DANIFICADA E SUA PESSOA COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, CONFORME REGISTRO N° 269125.

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

FABIO JUNIOR DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO BERNARDO NETO** - Matrícula: **296958-0**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002549

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2019** às **15:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PORTUGAL, 01** Bairro: **UNIVERSITARIO** - **CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
FABIO JUNIOR DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO JUNIOR DA SILVA

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

FABIO JUNIOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe **MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA** Pai **JOSE FRANCISCO VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento **16/8/1980** Naturalidade **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos **6277144/SDS/PE (RG) 04456958464 (CPF)** Estado Civil **DIVORCIADO(A)** Profissão **ELETRICISTA** Telefones Celulares
81991342562

Endereço Residencial **MUNICIPIO DE CARUARU, 25, RUA PROJETADA, LOT. PARQUE DA CIDADE, BAIRRO LUIZ GONZAGA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe ,, Pai ,, Data de Nascimento **1/1/1930** Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA** que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**
Cor **VERMELHA** - Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo **2017 2018**
Descrição **MODELO FAN 160 CC, PLACA NÃO SABIDA,**

11/10/2019 15:29

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo **AUTOMOVEL GM/S10** Objeto apreendido **Não**
Cor **BRANCA** - Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição **PLACA NÃO SABIDA.**

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA AV. PORTUGAL, NO BAIRRO UNIVERSITÁRIO, FOI SURPREENDIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIA QUE QUANDO CONTORNOU O AUTOMÓVEL, BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIRE DESMAIADO, QUE QUANDO ACORDOU JÁ ESTAVA NO HRA DESTA CIDADE; QUE SUA MOTO RESULTOU DANIFICADA E SUA PESSOA COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, CONFORME REGISTRO N° 269125.

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

FABIO JUNIOR DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**

11/10/2019 15:29

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002855

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **11:17**

Complementa o BO Número: **19E0179002549**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PORTUGAL, 1** - Bairro: **UNIVERSITARIO** - **CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
FABIO JUNIOR DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO JUNIOR DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

FABIO JUNIOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA** Pai: **JOSE FRANCISCO VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento: **16/8/1980** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6277144/SDS/PE (RG)**, **04456958464 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **ELETRICISTA**
Telefones Celulares
- **81991342562**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 25, RUA PROJETADA, LOT. PARQUE DA CIDADE, BAIRRO LUIZ GONZAGA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: ,, Pai: ,, Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO JUNIOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX9543** (PERNAMBUCO/CARUARU)
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**
Descrição: **MODELO FAN 160 CC**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/S10** Objeto apreendido: **Não**

Cor **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição **PLACA NÃO SABIDA.**

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA AV. PORTUGAL, NO BAIRRO UNIVERSITÁRIO, FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO CONDUZIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIDA E QUE QUANDO CONTORNOU O AUTOMÓVEL, BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIR DESMAIOU, QUE QUANDO ACORDOU JÁ ESTAVA NO HRA DESTA CIDADE; QUE SUA MOTO RESULTOU DANIFICADA E SUA PESSOA COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, CONFORME REGISTRO N° 269125.

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

FABIO JUNIOR DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO BERNARDO NETO** - Matrícula: **296958-0**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002549

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2019** às **15:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PORTUGAL, 01** Bairro: **UNIVERSITARIO** - **CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE),
FABIO JUNIOR DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO JUNIOR DA SILVA

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

FABIO JUNIOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe **MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA** Pai **JOSE FRANCISCO VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento **16/8/1980** Naturalidade **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos **6277144/SDS/PE (RG) 04456958464 (CPF)** Estado Civil **DIVORCIADO(A)** Profissão **ELETRICISTA** Telefones Celulares
81991342562

Endereço Residencial **MUNICIPIO DE CARUARU, 25, RUA PROJETADA, LOT. PARQUE DA CIDADE, BAIRRO LUIZ GONZAGA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Mãe ,, Pai ,, Data de Nascimento **1/1/1930** Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **FABIO JUNIOR DA SILVA** que estava em posse do(a) Sr(a) **FABIO JUNIOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**
Cor **VERMELHA** - Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo **2017 2018**
Descrição **MODELO FAN 160 CC, PLACA NÃO SABIDA,**

11/10/2019 15:29

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo **AUTOMOVEL GM/S10** Objeto apreendido **Não**
Cor **BRANCA** - Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição **PLACA NÃO SABIDA.**

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA AV. PORTUGAL, NO BAIRRO UNIVERSITÁRIO, FOI SURPREENDIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIA QUE QUANDO CONTORNOU O AUTOMÓVEL, BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIRE DESMAIADO, QUE QUANDO ACORDOU JÁ ESTAVA NO HRA DESTA CIDADE; QUE SUA MOTO RESULTOU DANIFICADA E SUA PESSOA COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, CONFORME REGISTRO N° 269125.

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

FABIO JUNIOR DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**

11/10/2019 15:29

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro da ASL | 3 - CPF da vítima | 4 - Nome completo da vítima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo | 6 - CPF

7 - Profissão | 8 - Endereço | 9 - Número | 10 - Complemento

11 - Bairro | 12 - Cidade | 13 - Estado | 14 - CEP

15 - E-mail | 16 - Telefone

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 [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ [illegible] | ☐ [illegible] | ☐ [illegible]
☐ [illegible] | ☐ [illegible] | ☐ [illegible]

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para o banco abaixo. Assinale a opção) ☐ CONTA CORRENTE (informe o banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 11522 3 AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

Autorizo [illegible]

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

INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, [illegible]

- 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 30 (noventa) dias do pedido

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Estado civil 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 tiver filhos, informar o nº vivos e Faleceu(s) | 30 - Vítima deixou descendentes vivos? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tiver irmãos, informar o nº vivos e Faleceu(s) | 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: PARAGRU, 18 de NOVEMBRO de 2019

Maria [illegible] da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário(a) ou do(a) rogante

_____ 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

_____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro da ASL | 3 - CPF da vítima | 4 - Nome completo da vítima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo | 6 - CPF

7 - Profissão | 8 - Endereço | 9 - Número | 10 - Complemento

11 - Bairro | 12 - Cidade | 13 - Estado | 14 - CEP

15 - E-mail | 16 - Telefone

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 [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ [illegible] | ☐ [illegible] | ☐ [illegible]

☐ [illegible] | ☐ [illegible] | ☐ [illegible]

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para o banco abaixo. Assinale a opção) ☐ CONTA CORRENTE (qualquer banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 0051 (informe o dígito verificador) CONTA: 11322 (informe o dígito verificador) 3 AGÊNCIA: _____ (informe o dígito verificador) CONTA: _____ (informe o dígito verificador)

Autorizo [illegible]

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

INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, [illegible]

- 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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 tiver filhos, informar o nº vivos e falecidos | 30 - Vítima deixou descendentes vivos? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tiver irmãos, informar o nº vivos e falecidos | 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: CARIRIÇU/MG 02/11/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário(a) ou de quem [illegible]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

[illegible]/002/2019

SAMU 192

CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr **FÁBIO JÚNIOR DA SILVA** portador do **CPF: 044.569.584-64 e RG: 6.277.144 SSP-PE**, que consta nos registros de ocorrências **Nº1908290090** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **29/08/2019** às **08h e 34min**, no endereço **AVENIDA PORTUGAL, UNIVERSITÁRIO, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO CARRO X MOTO** tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção

Caruaru, 11 de Outubro de 2019.

Tiago Acioli

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Esta declaração foi entregue a Srª **MARIA LUCINEIDE DA SILVA (IRMÃ)** portadora do **RG: 3.982.008 SDS-PE e CPF: 748.476.274-15.**

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 11 / 10 / 2019

Maria Lucineide da Silva

SAMU 192

CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr **FÁBIO JÚNIOR DA SILVA** portador do **CPF: 044.569.584-64 e RG: 6.277.144 SSP-PE**, que consta nos registros de ocorrências **Nº1908290090** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **29/08/2019** às **08h e 34min**, no endereço **AVENIDA PORTUGAL, UNIVERSITÁRIO, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO CARRO X MOTO** tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção

Caruaru, 11 de Outubro de 2019.

Tiago Acioli

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Esta declaração foi entregue a Srª **MARIA LUCINEIDE DA SILVA (IRMÃ)** portadora do **RG: 3.982.008 SDS-PE e CPF: 748.476.274-15.**

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 11 / 10 / 2019

Maria Lucineide da Silva

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JUNIOR DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000011522-3

Nr. da Autenticação B7D2B45A99DE309E

[illegible]

[illegible] 08/2019

23/08/2019 16/09/2019

21,51

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA LIGAÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]

[illegible]

CELPE

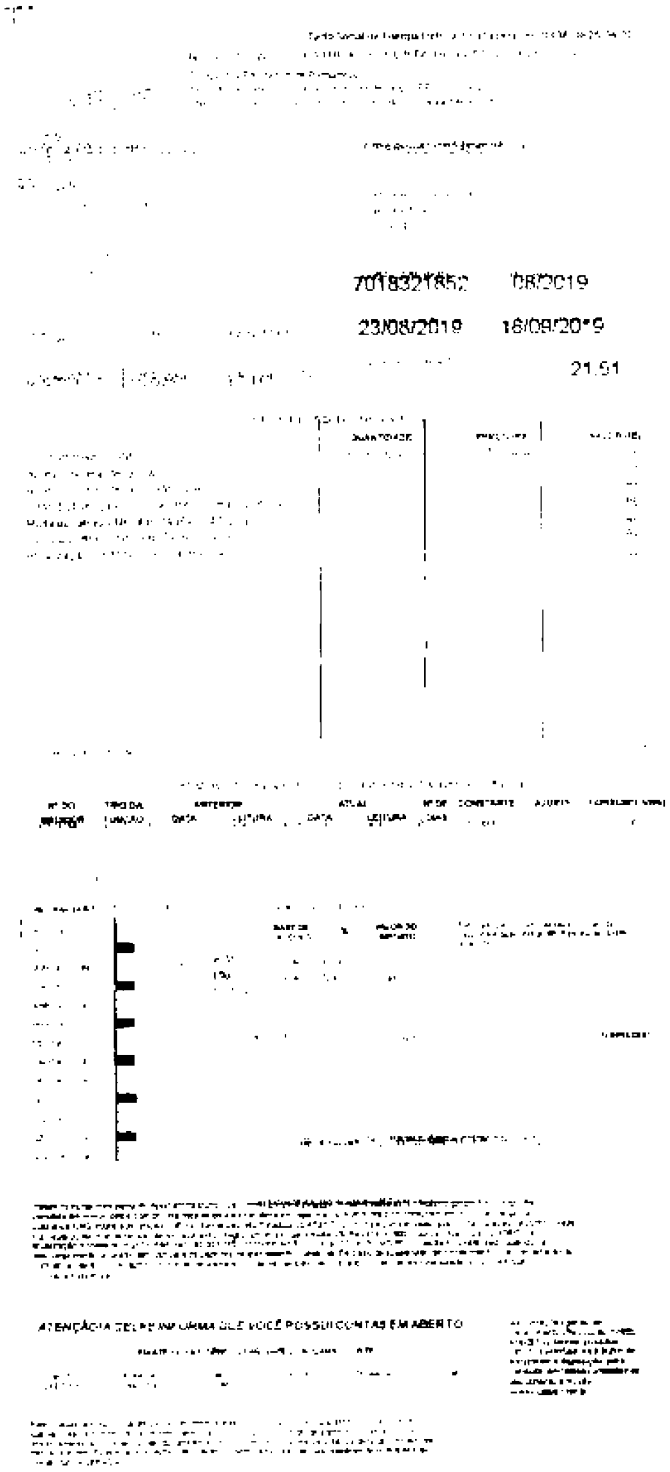
14/10/2019 27/11/2019

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

credenciado CELPE

ATENÇÃO


08/2019
23/08/2019
21,51
ATENÇÃO!A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

CELPE

14/10/2019 27/11/2019

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

credenciado

CELPE

ATENÇÃO

Seguradora **LÍDER**

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 022 1204 ou 0800 021 208 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulario e parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular numero 445/12, disponivel no endereço eletronico:

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a 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, alem dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, alem da respectiva documentação comprobatoria.

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

[illegible]

Pelo exposto, eu [illegible] inscrito(a) no CPF [illegible] na qualidade de Procurador(a)/intermediario(a) do Beneficiario [illegible] inscrito(a) no CPF sob o Nº [illegible] do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da vitima [illegible] inscrito(a) no CPF sob o Nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatorios.

* Recuso informar

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

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

Endereço: RUA JOÃO BATISTA Nº 340 Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: [illegible] UF: [illegible] CEP: [illegible]
DDD: [illegible] Telefone Residencial: [illegible] Telefone Celular: [illegible]

[illegible] de [illegible] de 2019

_____
Assinatura do Declarante

[illegible]

Seguradora **LÍDER**

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 022 1204 ou 0800 021 208 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulario e parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular numero 445/12, disponivel no endereço eletronico:

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a 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, alem dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, alem da respectiva documentação comprobatoria.

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

[illegible]

Pelo exposto, eu [illegible] inscrito(a) no CPF [illegible] na qualidade de Procurador(a) / intermediario(a) do Beneficiario [illegible] inscrito(a) no CPF sob o Nº [illegible] do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da vitima [illegible] inscrito(a) no CPF sob o Nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatorios.

* Recuso informar

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

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

Endereço: RUA JOÃO BATISTA | Numero: 340 | Complemento: CASA
Bairro: CENTRO | Cidade: [illegible] | Estado: [illegible] | CEP: [illegible]
Cpf: [illegible] | Telefone residencial: [illegible] | Telefone celular: [illegible]

[illegible]

Assinatura do Declarante

[illegible]

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

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o Sr.(a) Fábio Júnior da Silva

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 29/08/2019 a 09/10/2019

Registro: 269125

Diagnostico: Fratura de Tibia Esquerda

Tratamento: Cirúrgica

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito . CID: S82

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 11 de Outubro de 2019

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Fábio Júnior da Silva** , **Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia 29/08/2019 a 03/10/2019. com Registro Hospitalar: 345405**

OBS : Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 19 de Novembro 2019

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: [illegible] Prontuário: 265125

Nome: [illegible] DA SILVA
Data Nasc: [illegible] **Idade:** 39 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: [illegible] **RG:** 627[illegible]14 **CNS:**
Endereço: RUA PROJETADA **Nº:** 0
Bairro: [illegible]ÂNDIAPOLIS **Cidade:** CARUARU **Estado:** PE
CEP: [illegible] **Fone:** 37199469 **Profissão:** AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO **Data:** 29/08/2019 09:31 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico PA ____ FC: ____ FR: ____

Diag. Provisório:

Prescrição **Dieta** ____

Data		Horario
[illegible]	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
PACIENTE: FABIO JUNIOR DA SILVA
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Operador: [illegible]
1º Assistente: Instrumentador: Anestesista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA Data da Operação: 29/08/19
Início: Término: DURAÇÃO:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA
Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR
Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA// 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

qui, 29 de agosto de 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
PACIENTE: FABIO JUNIOR DA SILVA
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Operador: [illegible]
1º Assistente: Instrumentador: Anestesista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA Data da Operação: 29/08/19
Início: Término: DURAÇÃO:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA
Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR
Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA// 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

qui, 29 de agosto de 2019

SECRETARIA DE SAÚDE [illegible]

RELATÓRIO [illegible]

Unidade [illegible]

Paciente [illegible]

Clínica [illegible]

Quarto [illegible]

Hr Assiste [illegible]

Anestesia [illegible]

Data [illegible]

Diagnóstico [illegible] NEOPLASIA MALIGNA [illegible]

Diagnóstico [illegible] OLIGOSMIO

Operação [illegible] CIRURGICO - [illegible]

Operação [illegible]

DESCRIÇÃO DA [illegible]

1. [illegible]
2. [illegible]
3. [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]
6. [illegible]

N 225931

FICHA D

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:_____

Prontuário:_____

Data:_____/_____/_____ Hora:_____

DIAGNÓSTICO:

_____

_____

_____

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

_____

_____

_____

TRATAMENTO REALIZADO:

_____

_____

_____

Alta Hospitalar: Data:_____/_____/_____ Hora:_____

_____

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

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

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o Sr.(a) Fábio Júnior da Silva

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 29/09/2019 a 09/10/2019

Registro: 269125

Diagnóstico: Fratura da Tíbia Esquerda

Tratamento: Cirúrgica

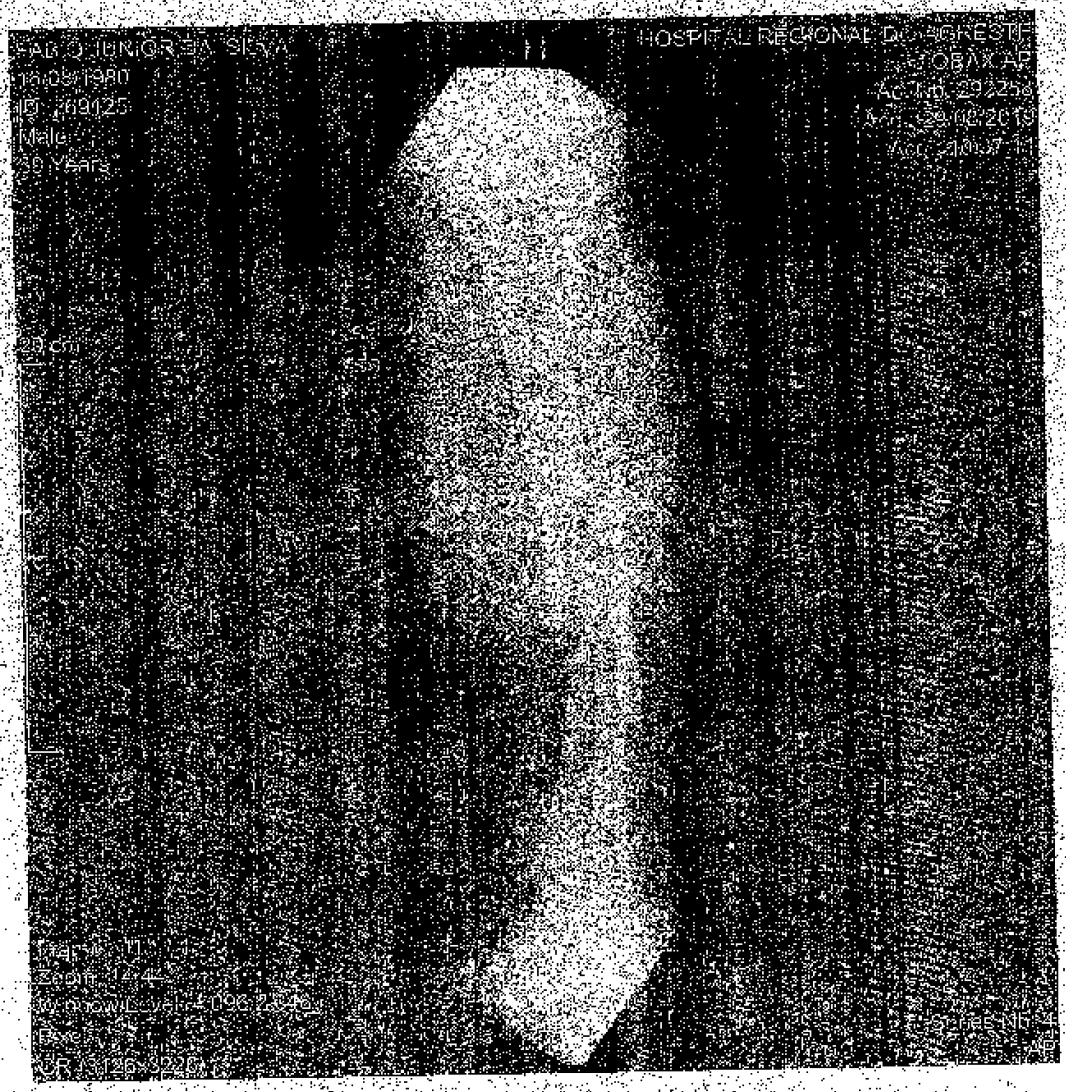
OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S82

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

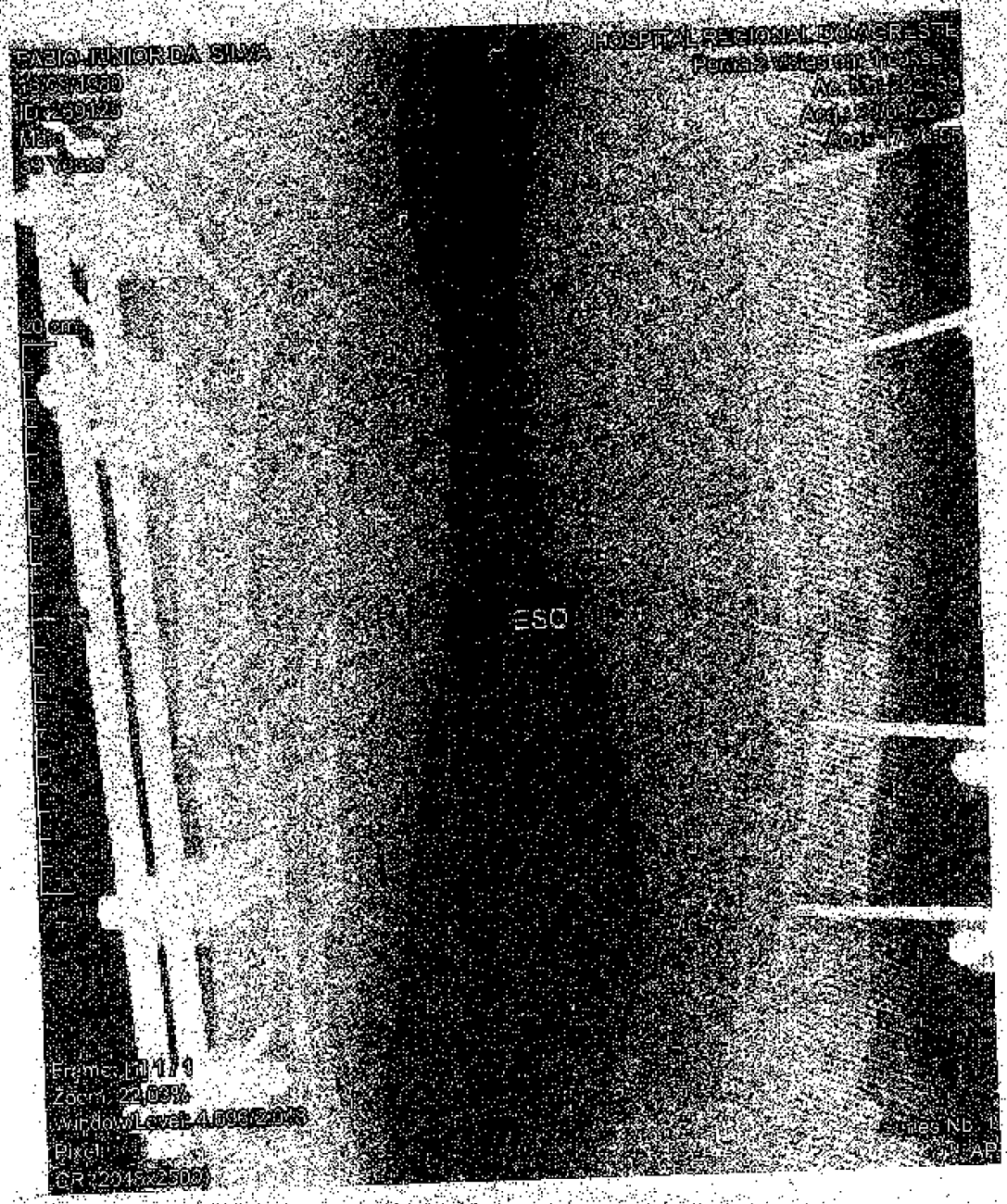
Caruaru 11 de Outubro de 2018

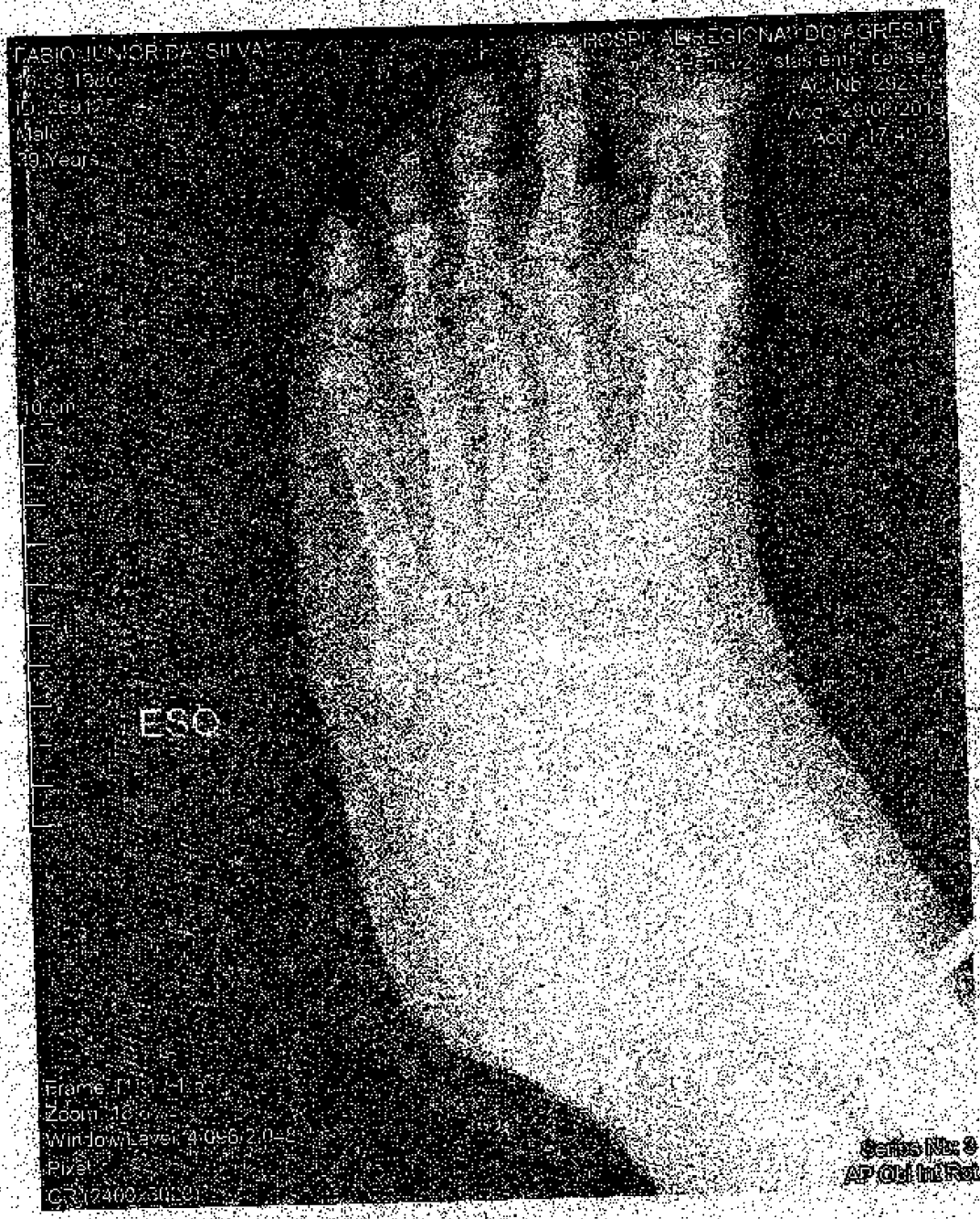
Dr. 794.876/0269-27
HRAW - Hospital Regional do Agreste
CRM/PE - Nº 13.16
Interno/Plantão
CARUARU - PE

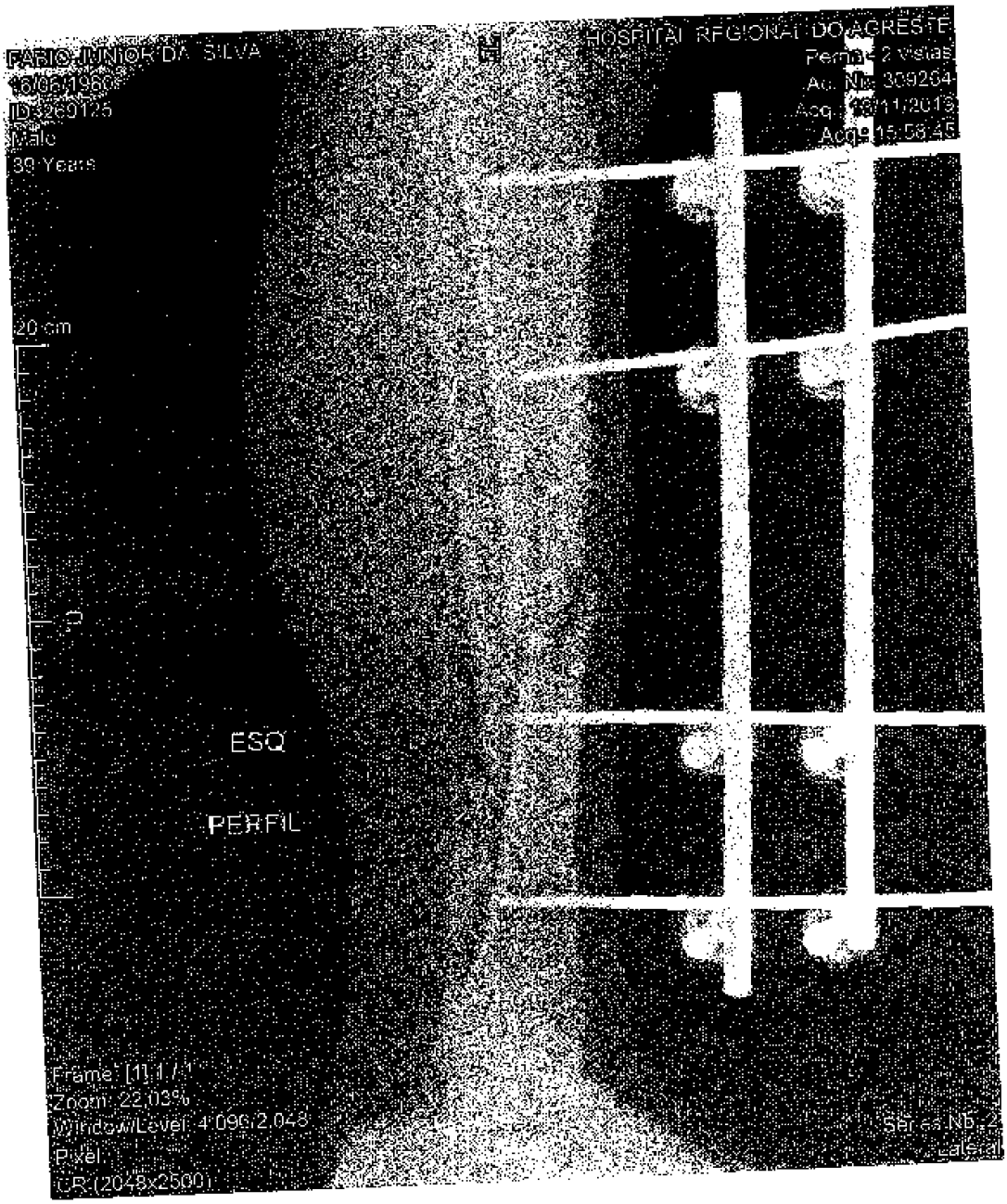
Setor de arquivo (SAME)


HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
GOIANA PE
Male
10 Years


HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
PERFIL
PESO


FABIO JUNIOR DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
ESQ
Frames: 1/1
Series No. 1


Male
29 Years
10 cm
ESC
Zoom 1:
Pixel
Series No: 8
AP Obl Int Rot


FABIO JUNIOR DA SILVA
Male
39 Years
20 cm
ESQ
PERFIL
Frame: [1,1 / 1]
Zoom: 22,03%
Window/Level: 4096/2048
Pixel:
CR (2048x2500)
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Series No: 2

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

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o Sr.(a) Fábio Júnior da Silva

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 29/08/2019 a 09/10/2019

Registro: 269125

Diagnostico: Fratura de Tibia Esquerda

Tratamento: Cirúrgica

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito . CID: S82

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 11 de Outubro de 2019

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Fábio Júnior da Silva** , **Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia 29/08/2019 a 03/10/2019. com Registro Hospitalar: 345405**

OBS : Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 19 de Novembro 2019

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: [illegible] Prontuário: 265125

Nome: [illegible] DA SILVA
Data Nasc: [illegible] **Idade:** 39 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: [illegible] **RG:** 627[illegible]14 **CNS:**
Endereço: RUA PROJETADA **Nº:** 0
Bairro: [illegible]ÂNDIAPOLIS **Cidade:** CARUARU **Estado:** PE
CEP: [illegible] **Fone:** 37199469 **Profissão:** AGRICULTOR
Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO **Data:** 29/08/2019 09:31 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico PA ____ FC: ____ FR: ____

Diag. Provisório:

Prescrição **Dieta** ____

Data		Horario

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
PACIENTE: FABIO JUNIOR DA SILVA
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Operador: [illegible]
1º Assistente: Instrumentador: Anestesista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA Data da Operação: 29/08/19
Início: Término: DURAÇÃO:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA
Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR
Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA// 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

qui, 29 de agosto de 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
PACIENTE: FABIO JUNIOR DA SILVA
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Operador: [illegible]
1º Assistente: Instrumentador: Anestesista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA Data da Operação: 29/08/19
Início: Término: DURAÇÃO:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA
Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR
Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA// 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E COM FIXADOR LINEAR 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL.

qui, 29 de agosto de 2019

SECRETARIA DE SAÚDE [illegible]

RELATÓRIO [illegible]

Unidade [illegible] PERSONAL [illegible] PAGRES

Paciente [illegible]

Clínica [illegible]

Quarto [illegible]

TE Assistente [illegible] CONVÊS

Internação [illegible]

Anestesia [illegible]

Tipo de [illegible] Tempo

Diagnóstico [illegible] NEFROSE EM CALCANHAR

Diagnóstico [illegible] OLIGOSMIO

Operação [illegible] CIRURGICO - APEZ [illegible]

Operação [illegible]

DESCRIÇÃO DA [illegible]

1. [illegible] PESTANA
2. [illegible] PES [illegible] DE NEFROSE [illegible]
3. [illegible] ARCALE [illegible] AREALE [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]
6. [illegible] TE [illegible]

N 225931

FICHA D

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:_____

Prontuário:_____

Data:_____/_____/_____ Hora:_____

DIAGNÓSTICO:

_____

_____

_____

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

_____

_____

_____

TRATAMENTO REALIZADO:

_____

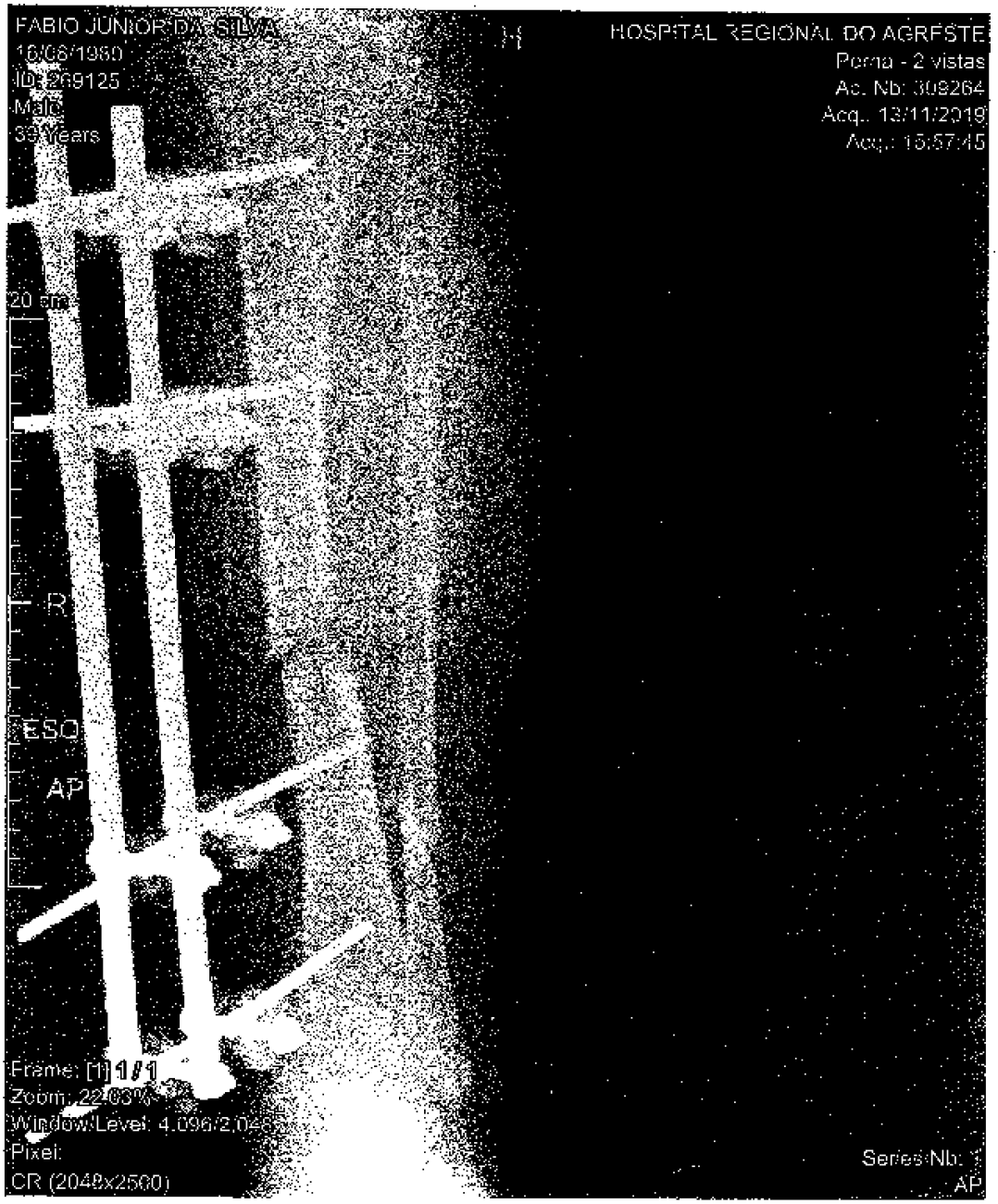
_____

_____

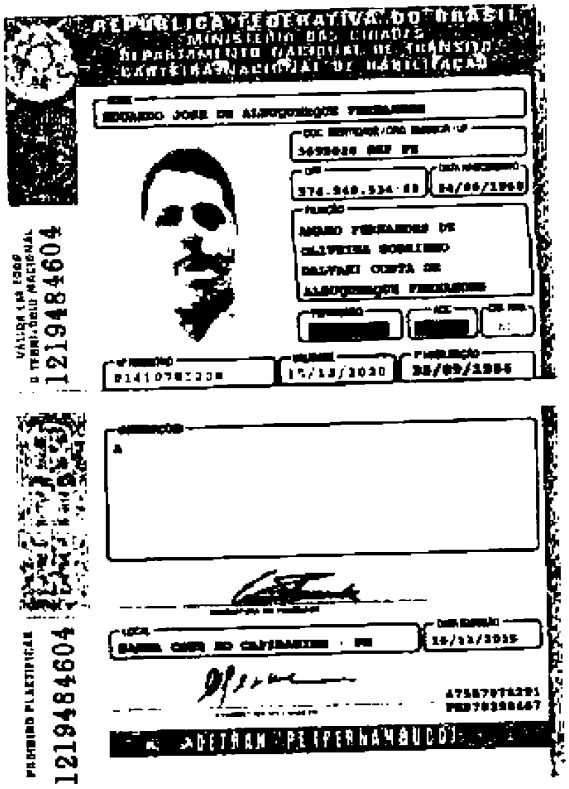
Alta Hospitalar: Data:_____/_____/_____ Hora:_____

_____

Ass. do Médico e CRM
Carimbo


FABIO JUNIOR DA SILVA
10/08/1980
ID: 269125
Male
39 Years
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Perna - 2 vistas
Ac. Nb: 309264
Acq.: 13/11/2019
Acq.: 15:57:45
20 cm
R
ESQ
AP
Frame: [1] 1/1
Zoom: 22.03%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2048x2500)
Series Nb: 1
AP


FABIO JUNIOR DA SILVA
6277144 SSP PE
044.589.594-56
16/08/1988
JOSE FRANCISCO VICENTE FILHO
MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA
07/03/2008
1485565593
CARUARU, PE
PERNAMBUCO


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
374.948.534-68
14/06/1960
MARIO FERNANDES DE OLIVEIRA BORGHERO
DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
15/12/2020
28/09/2006
DETRAN PE/PERNAMBUCO
1219484604
PROIBIDO PLASTIFICAR

FABIO JUNIOR DA SILVA

6277144 SSP PE

044.589.594-56

16/08/1988

JOSE FRANCISCO VICENTE FILHO

MARIA FRANCISCA VICENTE DA SILVA

07/03/2002

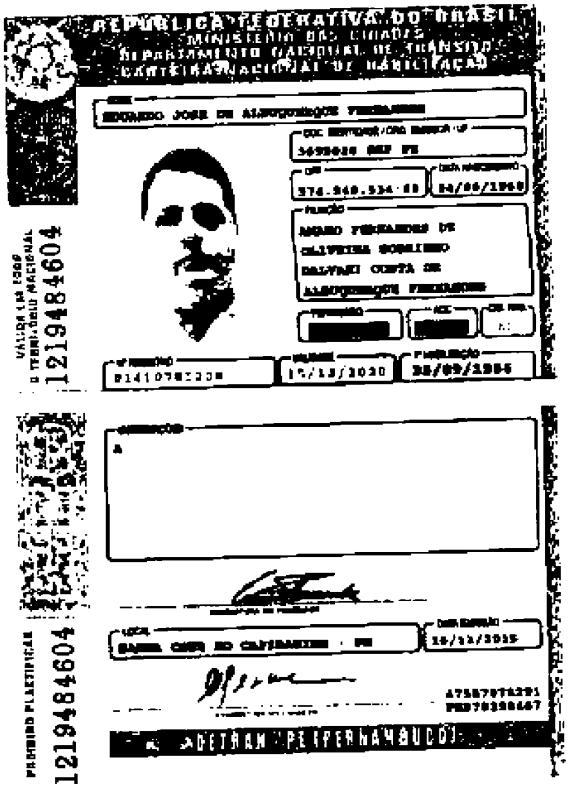
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1485565593

CARTUARO, PE

10/10/2017

PERNAMBUCO


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
374.948.534-68
14/06/1960
MARIO FERNANDES DE OLIVEIRA BORGHERO
DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
15/12/2020
28/09/2006
DETRAN PE/PERNAMBUCO
1219484604
PROIBIDO PLASTIFICAR

14:25

INFORME A PLACA DO VEÍCULO

PDX - 9543

HONDA/CG 160 FAN - 2017/2018 - Vermelha
CARUARU/PE
Chassi final: 12846

Consulta realizada em 14/11/2019 às 14:25:42

Data de extração de dados do DENATRAN:
RENAVAM: 08/06/2019
RESTRIÇÃO: 13/11/2019
ALERTA: 13/11/2019

Informações sobre as bases de dados do DENATRAN estão em "Ajuda"

SEGURANÇA PUBLICA SEGURANÇA PUBLICA

14:25

INFORME A PLACA DO VEÍCULO

PDX - 9543

HONDA/CG 160 FAN - 2017/2018 - Vermelha
CARUARU/PE
Chassi final: 12846

Consulta realizada em 14/11/2019 às 14:25:42

Data de extração de dados do DENATRAN:
RENAVAM: 08/06/2019
RESTRIÇÃO: 13/11/2019
ALERTA: 13/11/2019

Informações sobre as bases de dados do DENATRAN estão em "Ajuda"

SEGURANÇA PUBLICA SEGURANÇA PUBLICA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431337/19

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2019

CPF: 044.569.584-64 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** FABIO JUNIOR DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

FABIO JUNIOR DA SILVA : 044.569.584-64

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: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Seguradora LÍDER

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32000499914 Data da solicitação: 31/03/2020 (DD/MM/AA)

Nome do beneficiário: FABIO JUNIOR DA SILVA CPF do beneficiário: 044.569.584-64

Nome do solicitante: CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665.0454 (DDD) Tel. Comercial: ( ) (DDD) Tel. Residencial: ( ) (DDD)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: CARTA + DOC. TRABALHO (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CARUARU, 27/03/2020
Local e Data

Fábio Junior da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

A SEGURADORA LÍDER

VÍTIMA: FÁBIO JUNIOR DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3200049914

Prezado Senhor,

Venho perante V.Sª, solicitar que o meu processo seja REANALISADO, pois, sofri acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 29/08/2019, conforme BO/PC/PE nº 19E0179002855, na ocasião sofri lesões gravíssimas fui submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Regional do Agreste, tudo conforme consta da documentação médico-hospitalar junta ao processo. Atualmente me encontro com seqüelas , impossibilitada de me locomover e exercer minhas atividades, pois, estou com seqüelas gravíssimas e mesmo assim, recebi uma importância *inferior ao que tenho Direito*, inclusive NÃO FUI SUBMETIDO A PERÍCIA. Portanto, solicito que meu PROCESSO seja reanalizado e que eu seja submetido a uma AVALIAÇAO por um médico indicado pela SEGURADORA LIDER para comprovação de minhas seqüelas.

Diante do exposto, solicito de V.Sª, que o meu processo seja REANALIZADO e que seja LIBERADA a indenização a que tenho Direito, pois, estou com SEQUELAS ocasionadas pelas lesões que sofri por ocasião do acidente de trânsito em que fui vítima.

Estou a disposição da seguradora para fazer qualquer tipo de perícia por um médico indicado pela Líder.

Caruaru (PE), 11/02/2020

Fábio Junior da Silva

FÁBIO JUNIOR DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200049914 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200049914 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 12
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 4

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME FABIO JUNIOR DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO ELETRICISTA
IDENTIDADE: 6277144 SSP/PE CPF 044.569 584-64
DATA DO ACIDENTE. 29/08/2019
COBERTURA INVALIDEZ
VÍTIMA FABIO JUNIOR DA SILVA
ENDEREÇO LO PARQUE CIDADE Nº 20-A, CARUARU - CARUARU/PE

OUTORGADO

NOME EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO
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 PRONTUARIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSAVEIS PELO SOCORRO A VITIMA.

CARUARU – PE 18 DE NOVEMBRO 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE
RECONHECO por autenticidade a(s) firma(s) de:
FABIO JUNIOR DA SILVA
selo N° 00770?3.YVO11201901 04824
dou fé. CARUARU 19 11 2019 10:09:05 Em test da verdade
Camilla Hostio Florencio
TSNR R$9,80 Ferm R$5,04 Fundesp R$0,08 Tot R$14,91 Op CAMI
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital ou pelo QRCODE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME FABIO JUNIOR DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO ELETRICISTA
IDENTIDADE: 6277144 SSP/PE CPF 044.569 584-64
DATA DO ACIDENTE. 29/08/2019
COBERTURA INVALIDEZ
VÍTIMA FABIO JUNIOR DA SILVA
ENDEREÇO LO PARQUE CIDADE Nº 20-A, CARUARU - CARUARU/PE

OUTORGADO

NOME EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO
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 PRONTUARIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSAVEIS PELO SOCORRO A VITIMA.

CARUARU – PE 18 DE NOVEMBRO 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE
RECONHECO por autenticidade a(s) firma(s) de:
FABIO JUNIOR DA SILVA
selo N° 00770?3.YVO11201901 04824
dou fé. CARUARU 19 11 2019 10:09:05 Em test da verdade
Camilla Hostio Florencio
TSNR R$9,80 Ferm R$5,04 Funaeg R$0,08 Tot R$14,91 Op CAMI
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital ou pelo QRCODE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041494/20

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2019

CPF: 044.569.584-64 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** FABIO JUNIOR DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

FABIO JUNIOR DA SILVA : 044.569.584-64

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: 29/01/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041494/20

Número do Sinistro: 3200049914

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2019

CPF: 044.569.584-64 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** FABIO JUNIOR DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

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: 31/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431337/19

Vítima: FABIO JUNIOR DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2019

CPF: 044.569.584-64 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** FABIO JUNIOR DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

FABIO JUNIOR DA SILVA : 044.569.584-64

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: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA