
Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053251

Vítima: JOSE DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIO HENRIQUE DE BRITO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DE SOUZA FILHO

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

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053251

Vítima: JOSE DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIO HENRIQUE DE BRITO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DE SOUZA FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE DE SOUZA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006036-4

Conta: 000002577-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

468.751.744-72

Julio de Souza Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Julio de Souza Filho

468.751.744-72

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

Agricultor

Rua 1 São João

21

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55340-000

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

Centro

Aguas Belas

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Falco Henrique Seguros@gmail.com

(82) 999999046

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☒ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 6036 4 CONTA: 0002577 1

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aguas Belas, PE, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Bruto

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

468.751.744-72

Julio de Souza Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Julio de Souza Filho

468.751.744-72

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

Agricultor

Rua 1 São João

21

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Aguas Belas

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - Renda Mensal do Titular da Conta:

21 - Dados Bancários:

22 - Declaração de Ausência de Laudo do IML - Preenchimento somente para cobertura de invalidez permanente

23 - Estado civil da vítima:

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herança (heranças)? ☐ 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 - Local e Data:

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

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

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

38 - 1ª Nome:

39 - 2ª Nome:

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

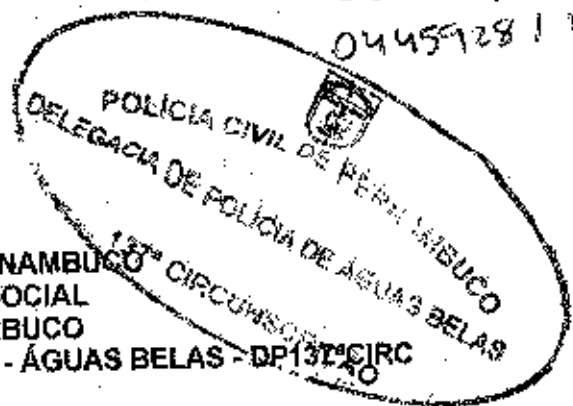
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 137ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUAS BELAS - DP 137ª CIRC
DINTER 1/18ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0227001048**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/10/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA MAJOR OTAVIO, 1, PROXIMO A ESCOLA MUNICIPAL** - Bairro: **CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MATEUS KAIQUE DE SOUZA (TESTEMUNHA)
JOSÉ DE SOUZA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ DE SOUZA FILHO**

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

JOSÉ DE SOUZA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **7/8/1950** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MATEUS KAIQUE DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDALVA MARIA DE SOUZA** Pai: **JOSÉ DE SOUZA FILHO** Data de Nascimento: **4/3/1984** Naturalidade: **AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE AGUAS BELAS, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA HONDA POP100 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ DE SOUZA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ DE SOUZA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KGR3772 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **190887524** Chassi: **9C2HB0210AR501944**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

NO DIA 03 DE OUTUBRO, POR VOLTA DAS 16HRS, JOSÉ DE SOUZA FILHO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA QUALIFICADA PELA RUA TRAVESSA MAJOR OTÁVIO, QUANDO EM DETERMINADO PONTO ULTRAPASSOU UM CAMINHÃO DE LIXO E QUANDO RETORNOU FOI ATINGIDO NA PERNA POR OUTRO MOTOCICLISTA QUE VINHA NA MÃO CONTRÁRIA DA VIA. A VÍTIMA FOI ARREMESSADA AO CHÃO E OBTVEU UMA FRATURA NA REGIÃO DA TÍBIA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL, MAS DEVIDO À GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI ENCAMINHADO AO HRDM EM GARANHUNS-PE, LOGO EM SEGUIDA AO HOSPITAL MEMORIAL EM RECIFE-PE, NO QUAL PASSOU 8 DIAS INTERNADO. REGISTRA-SE ESTE BOE PARA SE PROCEDER AO RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.

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

JOSÉ DE SOUZA FILHO
(VÍTIMA)

- José de Souza Filho
- Mateus Kaique de Souza

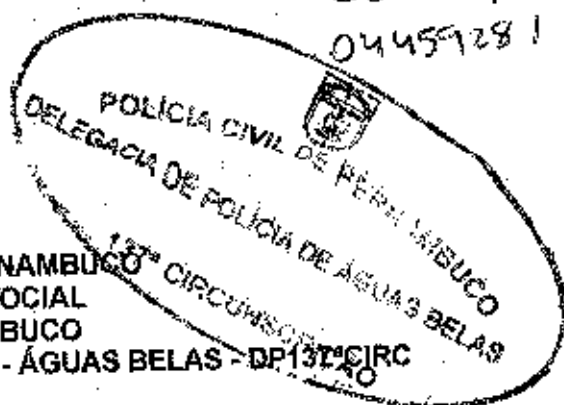
MATEUS KAIQUE DE SOUZA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **MATHEUS CARVALHO SIMON E SILVA** - Matrícula: **3877531**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 137ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUAS BELAS - DP137ªCIRC
DINTER1/18ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0227001048**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/10/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA MAJOR OTAVIO, 1, PROXIMO A ESCOLA MUNICIPAL** - Bairro: **CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MATEUS KAIQUE DE SOUZA (TESTEMUNHA)
JOSÉ DE SOUZA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ DE SOUZA FILHO**

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

JOSÉ DE SOUZA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **7/8/1950** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MATEUS KAIQUE DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDALVA MARIA DE SOUZA** Pai: **JOSÉ DE SOUZA FILHO** Data de Nascimento: **4/3/1994** Naturalidade: **AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE AGUAS BELAS, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA HONDA POP100 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ DE SOUZA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ DE SOUZA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KGR3772 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **190887524** Chassi: **9C2HB0210AR501944**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

NO DIA 03 DE OUTUBRO, POR VOLTA DAS 16HRS, JOSÉ DE SOUZA FILHO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA QUALIFICADA PELA RUA TRAVESSA MAJOR OTÁVIO, QUANDO EM DETERMINADO PONTO ULTRAPASSOU UM CAMINHÃO DE LIXO E QUANDO RETORNOU FOI ATINGIDO NA PERNA POR OUTRO MOTOCICLISTA QUE VINHA NA MÃO CONTRÁRIA DA VIA. A VÍTIMA FOI ARREMESSADA AO CHÃO E OBTVEU UMA FRATURA NA REGIÃO DA TÍBIA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL, MAS DEVIDO À GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI ENCAMINHADO AO HRDM EM GARANHUNS-PE, LOGO EM SEGUIDA AO HOSPITAL MEMORIAL EM RECIFE-PE, NO QUAL PASSOU 8 DIAS INTERNADO. REGISTRA-SE ESTE BOE PARA SE PROCEDER AO RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.

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

JOSÉ DE SOUZA FILHO
(VÍTIMA)

- José de Souza Filho
- Mateus Kaique de Souza

MATEUS KAIQUE DE SOUZA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **MATHEUS CARVALHO SIMON E SILVA** - Matrícula: **3877531**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

468.751.744-72

Julio de Souza Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Julio de Souza Filho

468.751.744-72

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

Agricultor

Rua 1 São João

21

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

Centro

Aguas Belas

PE

55340-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Falco Henrique Seguros@gmail.com

(87) 999999046

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☒ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 6036 4 CONTA: 0002577 1

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Aguas Belas, PE, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Bruto

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

468.751.744-72

Julio de Souza Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Julio de Souza Filho

468.751.744-72

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

Agricultor

Rua 1 São João

21

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

23 - Estado civil da vítima:

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros)?

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

34 - Local e Data:

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

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

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

38 - 1ª Nome:

39 - 2ª Nome:

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura da testemunha:

45 - Assinatura da testemunha:

46 - Assinatura da testemunha:

47 - Assinatura da testemunha:

48 - Assinatura da testemunha:

49 - Assinatura da testemunha:

50 - Assinatura da testemunha:

51 - Assinatura da testemunha:

52 - Assinatura da testemunha:

53 - Assinatura da testemunha:

54 - Assinatura da testemunha:

55 - Assinatura da testemunha:

56 - Assinatura da testemunha:

57 - Assinatura da testemunha:

58 - Assinatura da testemunha:

59 - Assinatura da testemunha:

60 - Assinatura da testemunha:

61 - Assinatura da testemunha:

62 - Assinatura da testemunha:

63 - Assinatura da testemunha:

Bruto

Form 5785282

 Hospital Dr. João Secundino	PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAS BELAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA	 Ass. Bo Médico-CRM
FICHA DE EMERGÊNCIA Entrada: 03/10/2019 Hr: 15:20		
Responsável pelo preenchimento: Sally Cristina Santiago		
Nome: José de Souza Filho		Idade: 69
CNS: _____		
Data de Nascimento: 02/02/1950 Sexo: F() M(x) Cor: negro		
Filiação: Maria José da Conceição		
Endereço: Rua Manoel São João n. 40		
Trazido por: SAMU		
Endereço: _____		
PA: 180x100 T: 36° P: _____ R: _____ SAT: _____ % Peso: _____ Kg HGT: 102 mg/dl		
Queixa Principal: <u>TAQUICARDIA</u>		
H. Diagnóstica: <u>Ver Exame com R</u>		
Prescrição Médica: <u>17:36</u> <u>Volterin 100mg</u> <u>2x ao dia</u>		
Ass. Bo Médico-CRM		
Saída: _____ /20 Hr: _____		

HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA
Travessa Amazonas s/n
Aguas Belas/PE - CEP: 55.540-000
CNPJ: 21.285.391/0001-91

Fone: (37) 3775-2721

30.11.2019

Form 5785282

 Hospital Dr. João Secundino	PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAS BELAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA	 Ass. Bo Médico-CRM
FICHA DE EMERGÊNCIA Entrada: 03/10/2019 Hr: 15:20		
Responsável pelo preenchimento: Sally Cristina Santiago		
Nome: José de Souza Filho		Idade: 69
CNS:		
Data de Nascimento: 02/02/1950 Sexo: F() M(x) Cor: negro		
Filiação: Maria José da Conceição		
Endereço: Rua Manoel São João n. 40		
Trazido por: SAMU		
Endereço:		
PA: 180x100 T: 36° P: R: SAT: % Peso: Kg HGT: 102 mg/dl		
Queixa Principal: TIAQUE DURE DURE		
H. Diagnóstica: Vít. Encefalopatia Crân. R.		
Prescrição Médica: 17:36 - Voltaren 100 - Zolam 100		
Ass. Bo Médico-CRM		
Saída: /20 Hr:		

HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA
Travessa Amazonas s/n
Aguas Belas/PE - CEP: 55.540-000
CNPJ: 21.285.391/0001-91

Fone: (37) 3775-2721

30.11.2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE SOUZA FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06036-4

CONTA: 000000002577-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1002202005000000000023706036000000002577168750 PAGO



DADOS DO CLIENTE

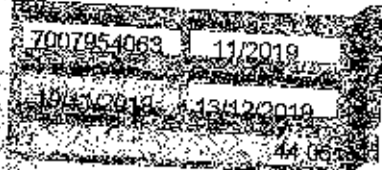
RUBIO IENIGUE DE BRITO

CPF: 030.881.744-55 (RG: 42985319-7)

CLASSIFICAÇÃO
DI RESIDENCIAL
SADA RE-DAC-0198

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAULO FAYO 59

CENTRO VAGIAS BELAS
AGUAS BELAS PE
55340-000



CONSUMO	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501
Consumo Água quente 100 kWh	30,000000	0,12377501

TOTAL DA FATURA

44,03

PERÍODO	DATA	LEITURA	VALOR (R\$)
11-11-2019	11-11-2019	11-11-2019	11,00

PERÍODO	DATA	LEITURA	VALOR (R\$)
11-11-2019	11-11-2019	11-11-2019	11,00

Atenção: A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido da energia elétrica. O cliente deve utilizar a energia elétrica de forma segura e responsável, evitando desperdícios e riscos de acidentes. A Celpe se reserva o direito de interromper o fornecimento de energia elétrica em caso de não pagamento das faturas ou de uso irregular da energia.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMARÁ O CLIENTE SOBRE O RESULTADO DA ANÁLISE DE QUALIDADE DA ENERGIA ELÉTRICA.

PERÍODO	DATA	LEITURA	VALOR (R\$)
11-11-2019	11-11-2019	11-11-2019	11,00

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.susseg.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-8286 / Outras regiões: 0200 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 12 06 | SAC (para beneficiários autônomos e de fato): 0800 022 12 06 | Central Ovidiana: 0800 022 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susseg.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29556>

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

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 PRESTADAS NA LCI SRO.623/08.

Pelo exposto, eu Fabris Henrique de Brito

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.831.134 / 55, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Yves de Souza Filho inscrito (a) no CPF sob o nº 468.751.744 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura de Vítima Yves de Souza Filho

Inscrito (a) no CPF sob o nº 468.751.744 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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 Major Otávio</u>	Número: <u>50</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Aguas Belas</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>Fabris Henrique Seguro@gmail.com</u>	CEP: <u>55340-000</u>	Tel. (DDD): <u>(87) 999599046</u>

Local e Data: Aguas Belas, PE, 25/11/2019

Fabris Henrique de Brito
Assinatura do Declarante

Form 5785282

 Hospital Dr. João Secundino	PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAS BELAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA	 Logo of the Municipality of Aguas Belas
FICHA DE EMERGÊNCIA Entrada: 03/10/2019 Hr: 15:20		
Responsável pelo preenchimento: Sally Cristina Santiago		
Nome: José de Souza Filho		Idade: 69
CNS: _____		
Data de Nascimento: 02/02/1950 Sexo: F() M(x) Cor: negro		
Filiação: Maria José da Conceição		
Endereço: Rua Manoel São João n. 40		
Trazido por: SAMU		
Endereço: _____		
PA: 180x100 T: 36° P: _____ R: _____ SAT: _____ % Peso: _____ Kg HGT: 102 mg/dl		
Queixa Principal: <u>TAQUICARDIA</u>		
H. Diagnóstica: <u>Ver Exame com R</u>		
Prescrição Médica: <u>17:36</u> <u>Volterin 100mg</u> <u>2x ao dia</u>		
Ass. Do Médico-CRM: _____		
Saída: _____ /20 Hr: _____		

HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA
Travessa Amazonas s/n
Aguas Belas/PE - CEP: 55.540-000
CNPJ: 21.285.391/0001-91

Fone: (37) 3775-2721

30.11.2019

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: JOSE DE SOUZA FILHO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

DATA DE INTERNAMENTO: 06/10/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 10/10/2019

DATA DE ALTA: 12/10/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 24/10/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. HERMES WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 12 DE OUTUBRO DE 2019

Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM - PE 22023

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: JOSE DE SOUZA FILHO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFÁSTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

DATA DE INTERNAMENTO: 06/10/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 10/10/2019

DATA DE ALTA: 12/10/2019

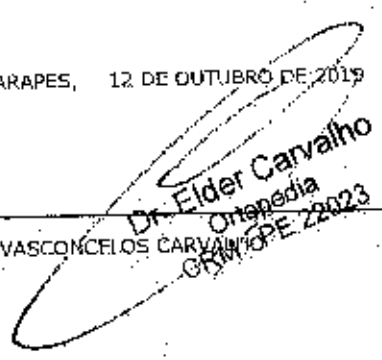
DATA CONSULTA DE RETORNO: 24/10/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. HERMES WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 12 DE OUTUBRO DE 2019

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO


Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM-PE 22023

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome:	ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO
CRM:	22023 UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 12/10/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. de médico

Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM - PE 22023

Identificação do Paciente	
Nome:	JOSE DE SOUZA FILHO
Endereço: PRIMEIRA TRAVESSA SAO JOAO, COMUNATY, CEP: 55340000, Nº 21, AGUAS BELAS - PE	
Prescrição:	NOVOTRAM 100mg 02 CAIXAS
TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 12H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Identificação do Comprador			
Nome:		RG:	
		Org. emissor:	
Endereço:			
Cidade:	UF:	Tel.:	

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	
Data: / /	

Recetário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO	
CRM: 22023	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 12/10/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM - PE 22023

Identificação do Paciente	
Nome: JOSE DE SOUZA FILHO	
Endereço: PRIMEIRA TRAVESSA SAO JOAO, COMUNITATY, CEP: 55340000, Nº 21, AGUAS BELAS - PE.	
Prescrição: NOVOTRAM 100mg ----- 02 CAIXAS TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 12H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Identificação do Comprador		
Nome:	RG:	
	Org. emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor	
Data: / /	
Ass. do Farmacêutico	

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSÉ DE SOUZA FILHO

USO-ORAL

1. PARACETAMOL 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. XARELTO 10mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO APÓS ALMOÇO POR 45 DIAS
4. CEFALEXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS, POR 7 DIAS

DATA: 12/10/2019

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Elder Carvalho
Ortopedista
CRM - PE 22023

RECEITUÁRIO MÉDICO

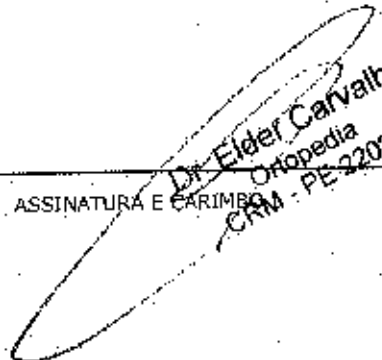
PACIENTE: JOSÉ DE SOUZA FILHO

USO ORAL

1. PARACETAMOL 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. XARELTO 10mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO APÓS ALMOÇO POR 45 DIAS
4. CEFALEXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 12/10/2019

ASSINATURA E CARIMBO


Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM - PE 22023

RECEITUÁRIO

NOME: JOSÉ DE SOUZA FILHO

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

(20 SESSÕES)

CID-10:

☐ S42.0	☐ S63.4	☐ S82.2
☐ S42.2	☐ S72.9	☐ S82.3
☐ S42.3	☐ S72.9	☐ S82.6
☐ S42.4	☐ S82.0	☐ S82.5
☐ S52.5	☒ S82.1	☐ Outros

ENCAMINHAR - SE AO POSTO DE SAÚDE PRÓXIMO AO DOMÍLIO OU ORÇÃO RESPONSÁVEL
PARA MARCAR CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA.

DATA: 24/10/2019

MÉDICO: LEONARDO COSTA ALVES DE OLIVEIRA

CRM - 23550

Leonardo Costa
CRM 23550

Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: JOSE DE SOUZA FILHO

Prontuário: 776055

Atendimento: 249920

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Idade: 69 Anos, 2 Meses e 17 Dias

Sexo: Masculino

Médico: HERMES WAGNER

Data: *24/10/19* Hora: 07:00

Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios, mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.

Procedimento a ser realizado:

RAIOS X JOELHO - A.P. - LATERAL - ESQUERDO

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório para marcar a consulta.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 24 DE OUTUBRO DE 2019

Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Jose de souza filho,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 07/08/1950
ID: 776035

Data de aquis.: 24/10/2019
Hora de aquis.: 09:32:37
Indice de exp.: 1446

Jose de souza filho
Sex: Masc.
Data de nascimento: 07/08/1950
ID: 776035

Data de aquis.: 24/10/2019
Hora de aquis.: 09:32:37
Indice de exp.: 1133



12cm

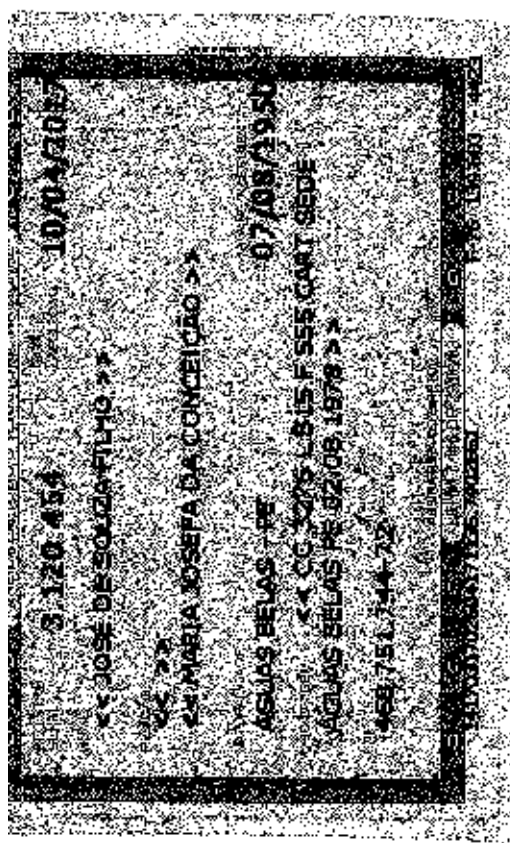
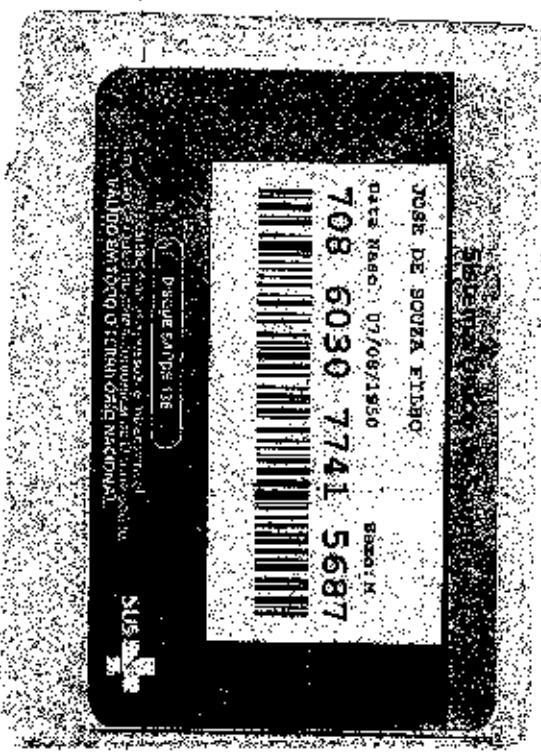
12cm

JOELHO
P
L: 4095, L: 2048
Id de técnico: admin

Escala: 0.0
Calibração: R&D Hospital

JOELHO
AP
W: 3027, L: 1322
ID de técnico: admin

Escala: 0.0



JOSE DE SOUZA FILHO
 Data Nasc: 07/08/1950
 708 6030 7741 5687
 Bacia N

MARIA JOSEFA DA CONCEICAO >>
 AGUAS BELAS - PE
 07/08/1950
 CC 1275 LBIS F 555 CART SEDE
 AGUAS BELAS PE 02/08/1978 >>
 458 757 157 958

REPÚBLICA DE GUATEMALA

MINISTERIO DE LA DEFENSA
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS

	NOMBRE COMPLETO	
	PAULO ROBERTO	
	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
	880781450	
FECHA DE EMISIÓN		24/05/2013
FECHA DE VENCIMIENTO		24/05/2014

Paulo Roberto

LOCAL	PAULO ROBERTO	FECHA	24/05/2013
FIRMA DEL COMANDANTE		FIRMA DEL TITULAR	
<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>	

880781450
880781450
880781450

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200053251 **Cidade:** Águas Belas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 03/10/2019 **Seguradora:** SUHAI 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 PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
(P2,10,11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

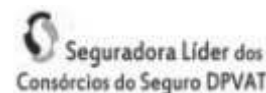
Observações: (P11)CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE,DATA 28/01/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445928/19

Vítima: JOSE DE SOUZA FILHO

CPF: 468.751.744-72

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 03/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE SOUZA FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FABIO HENRIQUE DE BRITO : 030.831.134-55

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

JOSE DE SOUZA FILHO : 468.751.744-72

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: 11/12/2019
Nome: FABIO HENRIQUE DE BRITO
CPF: 030.831.134-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

FABIO HENRIQUE DE BRITO

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Otorgante

Eu, Marcos de Souza Filho, brasileiro(a)
Estado Civil, Casado, na profissão Perito
Portador do RG Nº 3.120.454 e inscrito no CPF/Nº 468.751.744-72
Residente na rua TV 1 São João 21, Centro
Na cidade de, Aguas Belas, Estado de PE
CEP, 55340-000, Telefone, (87) 999599046.

Otorgado

Fábio Henrique de Brito, Portador do RG nº: 6570986 inscrito no CPF nº 030.831.134-95, situado no endereço: Rua Major Otávio, nº 50, bairro: centro, Estado de Pernambuco CEP: 55340-000.

Eu OUTORGANTE Qualifico o OUTORGADO acima para representar-me
Perante a SEGURADORA LÍDER DPVAT e suas respectivas consorciadas
E a SUSEP, a fim de encaminhar o meu pedido de indenização referente ao seguro.
Obrigatório DPVAT, concedendo ao OUTORGADO poderes para assinar,
Enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto a essa
Seguradora, incluindo receber correspondências, solicitar informações.
Por escrito ou telefons, marcar pericia médica e/ ou reagerdamento, pode.
Substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direitos permitidos para
o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

A fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT da
Vítima:

* Marcos de Souza Filho
CPF: 468.751.744-72 Data do Acidente: 03/10/2019

Local Aguas Belas PE 25/11 de 2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

digital da vítima/

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

Assinatura

Nome: _____

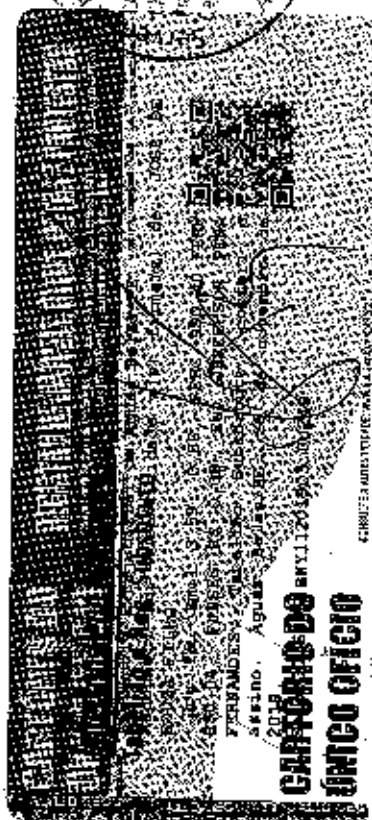
CPF: _____

Assinatura

Nome: _____

CPF: _____

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro todas as assinaturas)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Otorgante

Eu, Marcos de Souza Filho, brasileiro(a)
Estado Civil, Casado, na profissão Perito
Portador do RG Nº 3.120.454 e inscrito no CPF/Nº 468.751.744-72
Residente na rua TV 1 São João 21, Centro
Na cidade de, Aguas Belas, Estado de PE
CEP, 55340-000, Telefone, (087) 999.999.046.

Otorgado

Fabio Henrique de Brito, Portador do RG nº: 6570986 inscrito no CPF nº 030.831.134-95, situado no endereço: Rua Major Otavio, nº 50, bairro: centro, Estado de Pernambuco CEP: 55340-000.

Eu OUTORGANTE Qualifico o OUTORGADO acima para representar-me
Perante a SEGURADORA LÍDER DPVAT e suas respectivas consorciadas
E a SUSEP, a fim de encaminhar o meu pedido de indenização referente ao seguro.
Obrigatório DPVAT, concedendo ao OUTORGADO poderes para assinar,
Enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto a essa
Seguradora, incluindo receber correspondências, solicitar informações.
Por escrito ou telefons, marcar pericia médica e/ ou reagerdamento, pode.
Substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direitos permitidos para
o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

A fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT da
Vítima:

* Marcos de Souza Filho
CPF: 468.751.744-72 Data do Acidente: 03/10/2019

Local Aguas Belas PE 25/11 de 2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

digital da vítima/

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

Assinatura

Nome: _____

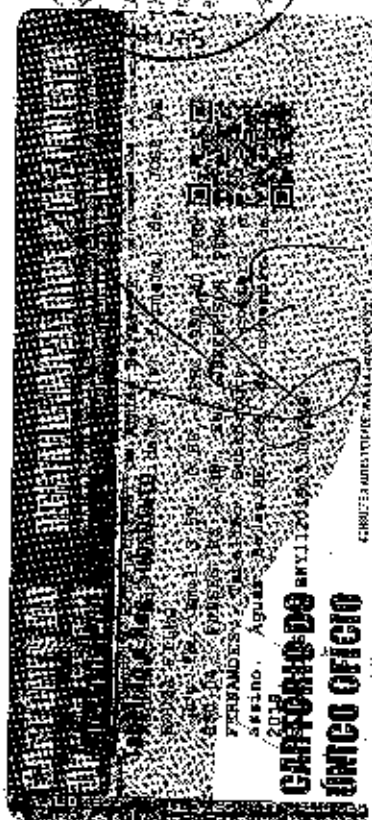
CPF: _____

Assinatura

Nome: _____

CPF: _____

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro todas as assinaturas)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044083/20

Vítima: JOSE DE SOUZA FILHO

CPF: 468.751.744-72

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 03/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE SOUZA FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FABIO HENRIQUE DE BRITO : 030.831.134-55

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

JOSE DE SOUZA FILHO : 468.751.744-72

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: 31/01/2020
Nome: FABIO HENRIQUE DE BRITO
CPF: 030.831.134-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

FABIO HENRIQUE DE BRITO

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino