



Número: **0042102-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DE SOUZA FILHO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69564002	15/10/2020 14:30	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, 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

Carta nº 15459776

Pag. 00511/00512 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 468.751.744-72 4 - Nome completo da vítima: João de Souza Filho

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

5 - Nome completo: João de Souza Filho 6 - CPF: 468.751.744-72
7 - Profissão: Aplicador 8 - Endereço: Rua 1 São João 9 - Número: 21 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aguas Belas 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000
15 - E-mail: Falcao.Henrique.Souza@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (07) 999993046

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (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: 6036 4 CONTA: 0002577 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (feto(s) morto(s))? ☐ 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 - [Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)]
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): João de Souza Filho
42 - Assinatura do Procurador (se houver): Falcao Henrique

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 468.751.744-72 4 - Nome completo da vítima: João de Souza Filho

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

5 - Nome completo: João de Souza Filho 6 - CPF: 468.751.744-72
7 - Profissão: Agrônomo 8 - Endereço: Rua 1 São João 9 - Número: 21 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aguas Belas 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000
15 - E-mail: Falcao.Henrique.Souza@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (07) 999993046

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 ☐ 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 (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)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 6036 4 CONTA: 0002577 1
(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (falecido(s))? ☐ 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 - ☐ (Assinatura da vítima/beneficiário declarante)
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

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): João de Souza Filho

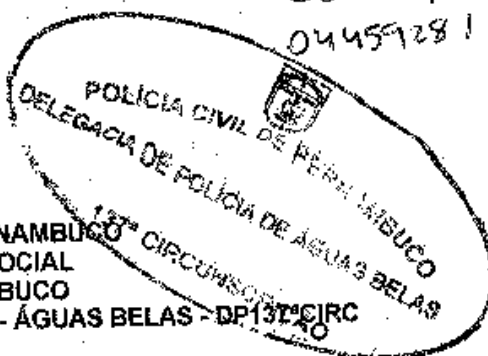
43 - Assinatura do Procurador (se houver): João Henrique

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 137ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUAS BELAS - DP137º CIRC
DINTER/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 (Consumados) 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 (VÍTIMA)

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: **MUNICÍPIO DE AGUAS BELAS, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NÃO 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.

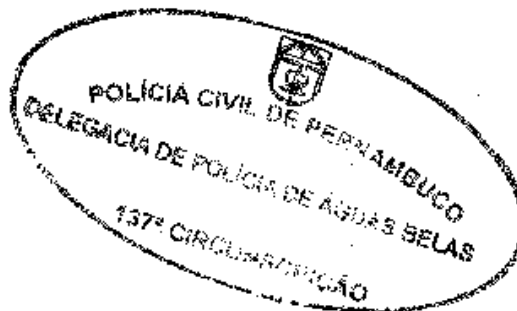
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSÉ DE SOUZA FILHO
(VÍTIMA)

MATEUS KAIQUE DE SOUZA
(TESTEMUNHA)

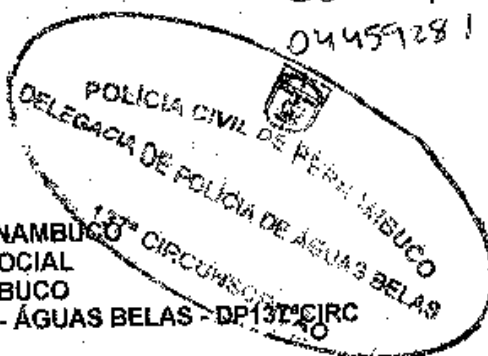
- José de Souza Filho
- Mateus Kaique de Souza

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 - DP137º CIRC
DINTER/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 (Consumados) 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 (VÍTIMA)

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: **MUNICÍPIO DE AGUAS BELAS, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NÃO 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.

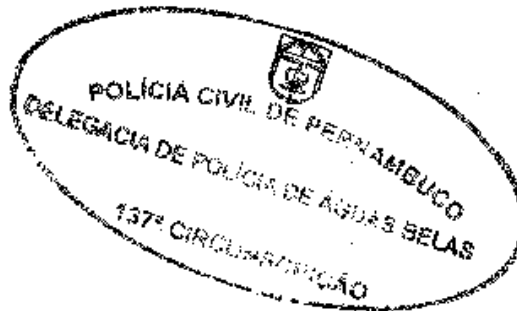
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSÉ DE SOUZA FILHO
(VÍTIMA)

MATEUS KAIQUE DE SOUZA
(TESTEMUNHA)

- José de Souza Filho
- Mateus Kaique de Souza

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 468.751.744-72 4 - Nome completo da vítima: Guise de Souza Filho

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

5 - Nome completo: Guise de Souza Filho 6 - CPF: 468.751.744-72
7 - Profissão: Aplicador 8 - Endereço: Rua 1 São João 9 - Número: 21 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aguas Belas 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000
15 - E-mail: Falco.Henrique.Souza@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (07) 999993046

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (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)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 6036 4 CONTA: 0002577 1
(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (falecido(s))? ☐ 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 - ☐ Legível e Data: ☐ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

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): Guise de Souza Filho
42 - Assinatura do Procurador (se houver): Falco Henrique

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 468.751.744-72 4 - Nome completo da vítima: João de Souza Filho

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

5 - Nome completo: João de Souza Filho 6 - CPF: 468.751.744-72
7 - Profissão: Agrônomo 8 - Endereço: Rua 1 São João 9 - Número: 21 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aguas Belas 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000
15 - E-mail: Falcao.Henrique.Souza@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (07) 999993046

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 ☐ 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 (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: 6036 4 CONTA: 0002577 1
(Informar o dígito se existir) (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (falecido(s))? ☐ 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 - Imprimir e colar aqui a cópia da declaração assinada pelo declarante.
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



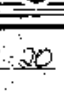
40 - Local e Data: Aguas Belas, PE, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): João de Souza Filho 42 - Assinatura do Procurador (se houver): João Henrique

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

Henri 5775-282

 Hospital Dr. João Secundino	PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAS BELAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA	 
FICHA DE EMERGÊNCIA Entrada: 03/10/2019 Hr: 16:20		
Responsável pelo preenchimento: Sally Cristina Santiago		
Nome: Jose de Souza Filho		Idade: 69
CNS:		
Data de Nascimento: 02/02/1950 Sexo: F() M(x) Cor: marrom		
Filiação: Maria Josefa da Conceição		
Endereço: Rua Manoel de Sá n. 40		
Trazido por: SAMU		
Endereço:		
PA: 180x160 T: 36° P: R: SAT: % Peso: Kg HGT: 102 mg/dl		
Queixa Principal: TAQUICARDIA		
H. Diagnóstica: Hipertensão Arterial		
Prescrição Médica: 17:36 - Valsartan 160mg - Amlodipino 10mg		
Ass. Do Médico-CRM		
Saída: / /20 Hr:		



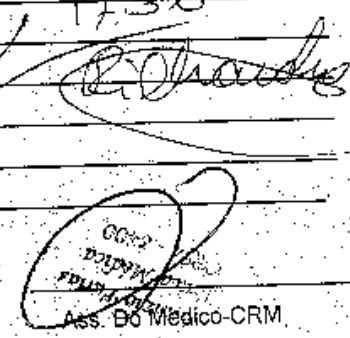
HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA
Travessa Amadorias s/n
Aguas Belas/PE - CEP: 55.340-000
CNPJ: 11.285.391/0001-91

Fone: (37) 3775-2721

31.11.2019



Henri 5775-282

 Hospital Dr. João Secundino	PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAS BELAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA	
FICHA DE EMERGÊNCIA Entrada: 03/10/2019 Hr: 16:20		
Responsável pelo preenchimento: Sally Cristina Santiago		
Nome: Jose de Souza Filho		Idade: 69
CNS:		
Data de Nascimento: 02/02/1950 Sexo: F() M(x) Cor: marrom		
Filiação: Maria Josefa da Conceição		
Endereço: Rua Manoel de Jesus n. 40		
Trazido por: SAMU		
Endereço:		
PA: 180x160 T: 36° P: R: SAT: % Peso: Kg HGT: 102 mg/dl		
Queixa Principal: TAQUICARDIA		
H. Diagnóstica: Hipertensão Arterial		
Prescrição Médica: - Lisinapril 10mg - Amlodipino 5mg		
Saída: / /20 Hr:		
 Ass. Do Médico-CRM		

HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA
Travessa Amadorias s/n
Aguas Belas/PE - CEP: 55.340-000
CNPJ: 11.285.391/0001-91

Fone: (37) 3775-2721

31.11.2019



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





Departamento de Planejamento
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 01051-002
CNPJ 13.045.928/0001-06 | Fone: 3182.9444 | www.cetasa.com.br

FABIO ENRIQUE DE FEYD

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SALLORAYNO 59

CPF: 030 881 984-55700. 12965310773

CENTRO VAGUAS BELAS
AGUAS BELAS RE,
65340-000

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
SADA RECONSTRUÇÃO

7007954063 11/2019
19/11/2019 13/12/2019
44 00

[illegible]

TOTAL DA FATURA

44.05

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

ATENÇÃO: A CÉLULA INFORMARÁ SE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]

44-06



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segurodalider.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: 4008-8585 / Outras regiões: 0200 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 12 03 | SAC (para defeitos nos autos e de falha): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECADINES/DOCOMSINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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 ou renda mensal, além de 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 CCAPI.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. - CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CCAF, 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 LÍNEA DE SEGUROS.

Pelo exposto, eu Fabio Henrique de Brito

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura de vítima Murci 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:

☒ Pedido Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, assinando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Este cliente de que a validade da presente declaração ficará na versão pessoal prestada no art. 228 do Código Penal.



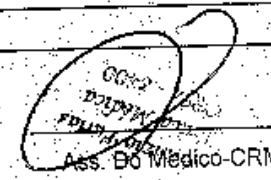
Endereço: <u>Rua Major Otávio</u>	Número: <u>50</u>	Complemento: _____
Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55340-000</u>
E-mail: <u>Fabio Henrique Seguro@gmail.com</u>	Tel. (DDD): <u>(87) 999593046</u>	

Local e Data: Caruaru, PE, 25/11/2019

Fabio Henrique de Brito
Assinatura do Declarante



Henri 5775-282

 Hospital Dr. João Secundino	PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUAS BELAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA	 ACOLHIDA BOM DIA TODOS OS DIAS DO ANO DO DIA DO DIA DO DIA
FICHA DE EMERGÊNCIA Entrada: 03/10/2019 Hr: 16:20		
Responsável pelo preenchimento: Sally Cristina Santiago		
Nome: Jose de Souza Filho		Idade: 69
CNS: _____		
Data de Nascimento: 02/02/1950 Sexo: F() M(x) Cor: marrom		
Filiação: Maria Josefa da Conceição		
Endereço: Rua Manoel de Jesus n. 40		
Trazido por: SAMU		
Endereço: _____		
PA: 180x160 T: 36° P: _____ R: _____ SAT: _____ % Peso: _____ Kg HGT: 102 mg/dl		
Queixa Principal: <u>TAQUICARDIA</u>		
H. Diagnóstica: <u>Doença Arterial</u>		
Prescrição Médica: <u>1736</u> <u>WATERMAN - 100</u> <u>2.000ml</u>		
Saída: _____ /20 _____ Hr: _____		
 Ass. Do Médico-CRM		

HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA
Travessa Amadorias s/n
Aguas Belas/PE - CEP: 55.540-000
CNPJ: 11.285.391/0001-91

Fone: (37) 3775-2721

31.11.2019



**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 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

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 SÃO JOÃO, 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: / /	

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



Recetário Controle Especial

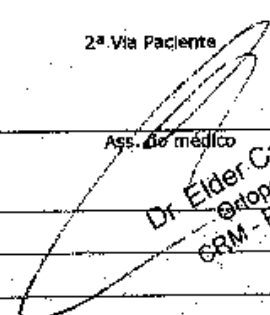
Identificação do Emissor	
Nome: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO	
CRM: 22023	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

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, COMUNIT, 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: / /	

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000
TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



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

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000
TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



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. CEFALOXINA 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

Av. General Manoel Rabelo - Nº 126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



RECEITUÁRIO

NOME: JOSÉ DE SOUZA FILHO

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

(20 SESSÕES)

CID.10:

<input type="checkbox"/> S42.0	<input type="checkbox"/> S62.4	<input type="checkbox"/> S82.2
<input type="checkbox"/> S42.2	<input type="checkbox"/> S72.9	<input type="checkbox"/> S92.9
<input type="checkbox"/> S42.3	<input type="checkbox"/> S72.3	<input type="checkbox"/> S92.6
<input type="checkbox"/> S42.4	<input type="checkbox"/> S82.0	<input type="checkbox"/> S92.5
<input type="checkbox"/> S52.5	<input checked="" type="checkbox"/> S82.1	<input type="checkbox"/> Q00.0

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

DATA: 24/10/2019

MÉDICO: LEONARDO COSTA ALVES DE OLIVEIRA

CRM - 23556

Leonardo Costa
CRM - 23556



Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: JOSE DE SOUZA FILHO

Prontuário: 776033

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.

JABOTÃO DOS GUARARAPES, 24 DE OUTUBRO DE 2019

Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

LEONARDO 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

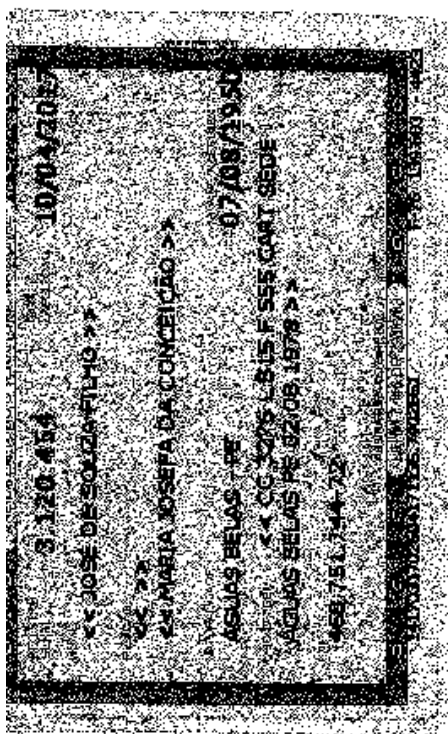
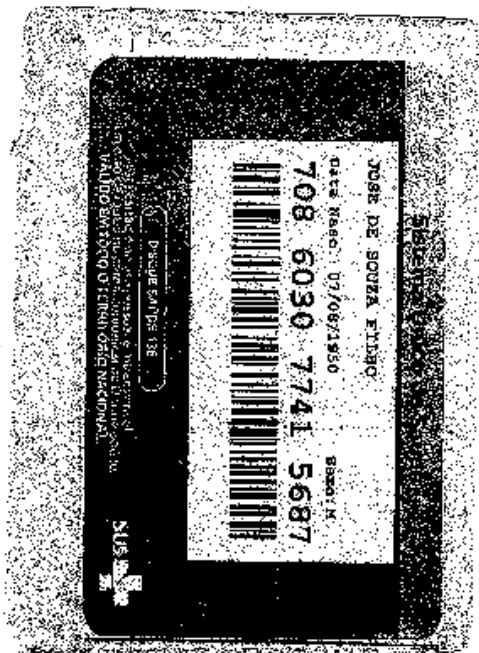
Jose de Souza Filho
Sex: Masc.
Data de nascimento: 07/08/1950
ID: 776035
Data de aquis.: 24/10/2019
Hora de aquis.: 09:32:37
Indice de exp.: 1193

JOELHO
P
R-4095, L: 2048
ID de técnico: admin

Escala: 0,0
ID de técnico: admin

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

Escala: 0,0



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.

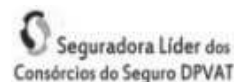
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

Outorgente

Eu, Morse de Sousa Filho, brasileiro(a)
Estado Civil, Casado, na profissão Agricultor
Portador do RG Nº 3.120.454 e inscrito no CPF/Nº 468.756.744-72
Residente na rua TV 1 São João 21, Centro
Na cidade de, Aguas Belas, Estado de PE
CEP 55340-000, Telefone, (87) 999598046,
Oatorgado

Fabio Henrique de Brito, Portador do RG nº: 6570986 inscrito no CPF nº: 030.831.134-65, 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 reagendamento, 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:

* Morse de Sousa Filho

CPF: 468.756.744-72

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: _____

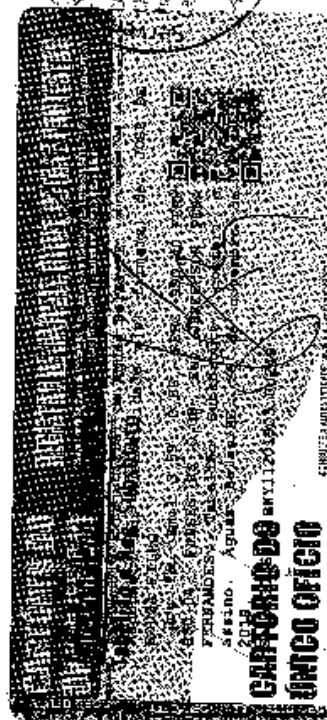
CPF: _____

Assinatura

Nome: _____

CPF: _____

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro todas as assinaturas)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Otorgante

Eu, Morse de Souza Filho, brasileiro(a)
Estado Civil, Casado, na profissão Agricultor
Portador do RG Nº 3.120.454 e inscrito no CPF/Nº 468.756.744-72
Residente na rua TV 1 São João 21, Centro
Na cidade de, Aguas Belas, Estado de PE
CEP 55340-000, Telefone, (87) 999598046,
Oatorgado

Fabio Henrique de Brito, Portador do RG nº: 6570986 inscrito no CPF nº: 030.831.134-65, 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 reagendamento, 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:

* Morse de Souza Filho

CPF: 468.756.744-72

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: _____

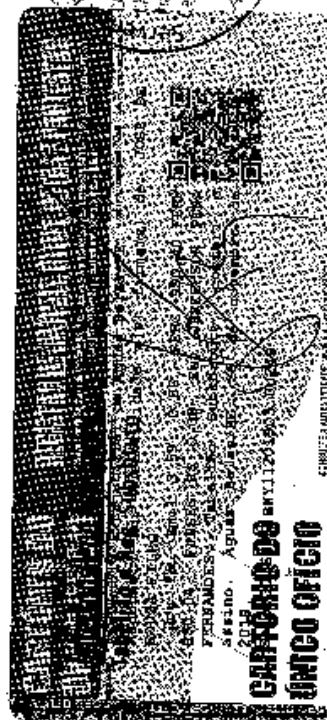
CPF: _____

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

