



Número: **0055831-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/09/2020**

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 RAFAEL DA SILVA SANTOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69642 218	16/10/2020 15:57	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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126559

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

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 15651920





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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126559

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01685/01686 - carta_25 - 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, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126559

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

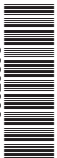
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00611/00612 - carta_25 - INVALIDEZ

00020306





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126559

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

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 quadril 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 RAFAEL DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004067

Conta: 000001029833-5

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.

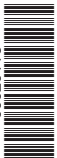
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00225/00226 - carta_15R - INVALIDEZ

00020113





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	123.805.914-74	Jose Rafael da Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Jose Rafael da Silva Santos	
Profissão:	Endereço:	CPF: 123.805.914-74
Recusou-se	Rua NSA do Carmo	Número: 85
Bairro: Centro	Cidade: Surubim	Estado: PE
E-mail:	CEP: 55750-000	Tel (DDD): (81) 9.9258-3087

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 39.266 9
(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data:	Surubim 02/10/2019
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Banco Postal

*** Depósito em Conta Corrente ***

Agência : 32301669-AC SURUBIM
Terminal: 99357112
Nro Aut : 155714
Data : 23/09/2019
(Horário de Brasília)

Id.Trx. : 162449
Caixa : 84782480
Hora : 15:57

5757805760 BANCO DO BRASIL

SAC BB 0800.729.0722 0243

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE RAFAEL SILVA SANTOS
AGENCIA: 0582-7 CONTA: 39.266-9

DATA	23/09/2019
NR. DOCUMENTO	57.578.057.600.243
VALOR DINHEIRO	10.00
VALOR TOTAL	10.00

NR. AUTENTICACAO 0.968.538.1A3.384.19A





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206001802**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2019** às **11:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **19/6/2019** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, RUA DO AÇUDE, ANEL VIÁRIO** - Bairro:
CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINES GOMES DA SILVA**
Pai: **PAULO JOSÉ DE MOURA SANTOS** Data de Nascimento: **16/3/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9913232/SDS/PE (RG), 12380591474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Fixos: **- 993777096**

Residencial: **RUA NOSSA SENHORA DO CARMO, - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 85, BAIRRO SÃO JOSÉ - CEP: - Bairro: - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Data de Nascimento: **1/1/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA POP PLACA PGI 6405 ANO 2013 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PG16405** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **531860876** Chassi: **9C2HB0210DR415648**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**
Descrição: **HONDA POP COR VERMELHA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A VÍTIMA DO ACIDENTE PARA INFORMAR QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA ALTURA DO ANEL VIÁRIO NA RUA DO AÇUDE, QUE BATEU EM UMAS METRALHAS QUE ESTAVAM FECHANDO A RUA, QUE POR CONTA DA QUEDA NO ASFALTO QUEBROU O FÊMUR E FOI ATENDIDO NA UPA, LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU FICANDO INTERNADO CERCA DE 15 DIAS. REGISTRA O FATO PAR FINS LEGAIS.

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

x *João Rafael da Silva Santos*
JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002254**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/09/2019** às **11:03**

Complementa o BO Número: **19E0206001802**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/6/2019** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, RUA DO AÇUDE, ANEL VIÁRIO** - Bairro:
CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
PAULO JOSE DE MOURA SANTOS (OUTRO)
JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINES GOMES DA SILVA** Pai: **PAULO JOSÉ DE MOURA SANTOS** Data de Nascimento: **16/3/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9913232/SDS/PE (RG), 12380591474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Fixos: **- 993777006**

Residencial: **RUA NOSSA SENHORA DO CARMO, - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Data de Nascimento: **1/1/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

PAULO JOSE DE MOURA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **92057314472 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Endereço Residencial: **RUA NOSSA SENHORA DO CARMO, 85 - CEP: 0 - Bairro: SAO JOSE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA POP PLACA PGI 6405 ANO 2013 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO JOSE DE MOURA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS**

20/09/2019 10:1



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PG16405** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **531860876** Chassi: **9C2HB0210DR415648**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**
Descrição: **HONDA POP COR VERMELHA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A VÍTIMA DO ACIDENTE PARA INFORMAR QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA ALTURA DO ANEL VIÁRIO NA RUA DO AÇUDE, QUE BATEU EM UMAS METRALHAS QUE ESTAVAM FECHANDO A RUA, QUE POR CONTA DA QUEDA NO ASFALTO QUEBROU O FÊMUR E FOI ATENDIDO NA UPA, LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU FICANDO INTERNADO CERCA DE 15 DIAS. REGISTRA O FATO PAR FINS LEGAIS.

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

X José Rafael da Silva Santos

JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **PABLO LEONNE ALEIXO DA SILVA LIMA** - Matrícula: **3875750**



20/09/2019 10:50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	123.805.914-74	Jose Rafael da Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Jose Rafael da Silva Santos	
Profissão:	Endereço:	CPF:
Recusou-se	Rua NSA do Carmo	123.805.914-74
Bairro:	Cidade:	Número:
Centro	Surubim	85
E-mail:	Estado:	CEP:
	PE	55750-000
		Tel (DDD):
		(81) 9.9258-3087

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 39.266 9
(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data:	Surubim 02/10/2019
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Banco Postal

*** Depósito em Conta Corrente ***

Agência : 32301669-AC SURUBIM
Terminal: 99357112
Nro Aut : 155714
Data : 23/09/2019
(Horário de Brasília)

Id.Trx. : 162449
Caixa : 84782480
Hora : 15:57

5757805760 BANCO DO BRASIL

SAC BB 0800.729.0722 0243

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE RAFAEL SILVA SANTOS
AGENCIA: 0582-7 CONTA: 39.266-9

DATA	23/09/2019
NR. DOCUMENTO	57.578.057.600.243
VALOR DINHEIRO	10.00
VALOR TOTAL	10.00

NR. AUTENTICACAO 0.968.538.1A3.384.19A



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04067

CONTA: 000001029833-5

Nr. da Autenticação B94993DA2C9EFE35





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
POSTA REGULAÇÃO - FATURAS - SERVIÇO DE ENERGIA ELÉTRICA
Comitê Gestor de Recursos
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50150-902
CNPJ 10.335.932/0001-08 | Insc. Est. 000590-93 | www.celpe.com.br

MAPA DE LOCALIZAÇÃO

CEP: 50150-902

ENDEREÇO: Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco

DATA DE EMISSÃO: 05/07/2019

DATA DE VENCIMENTO: 03/08/2019

TOTAL A PAGAR: 165,90

CONSUMO (kWh)	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Básico (CB)	0,45	1,80
Consumo Excedente (CE)	0,45	1,80
Consumo Especial (CEs)	0,45	1,80
Consumo de Energia (CEe)	0,45	1,80
Consumo de Gás (CEg)	0,45	1,80
Consumo de Água (CEa)	0,45	1,80
Consumo de Saneamento (CES)	0,45	1,80
Consumo de Outros (CEo)	0,45	1,80
Consumo de Energia (CEe)	0,45	1,80
Consumo de Gás (CEg)	0,45	1,80
Consumo de Água (CEa)	0,45	1,80
Consumo de Saneamento (CES)	0,45	1,80
Consumo de Outros (CEo)	0,45	1,80

SP DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
000000	0000	000000	000000	000000	000000	000000



ATENÇÃO À CELPE INFORME QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO				
CONTAS	VALOR	DATA	VALOR	DATA
000000	000000	000000	000000	000000

CONSUMO	VALOR	DATA	VALOR	DATA
000000	000000	000000	000000	000000

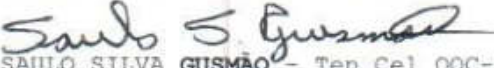
CONSUMO	VALOR	DATA	VALOR	DATA
000000	000000	000000	000000	000000





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
DInter/1 - 8º Grupamento de Bombeiros

Surubim-PE, 26 de junho de 2019.


SAULO SILVA GUSMÃO - Ten Cel QOC-BM
Comandante



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº Div. Op. 017/19 - 8ºGB

O auxiliar administrativo do 8º Grupamento de Bombeiros Militar de Pernambuco, por solicitação da Sra. Marinês Gomes Da Silva RG 5.596.353 SSP-PE, residente na Rua Nossa Senhora do Carmo nº 85, Bairro São José, Município de Surubim-PE. Certifico que às 18h00min do dia 19 de junho de 2019, a Viatura AR 830 da 1ªSB /8ºGB Surubim, foi deslocada para a Rua Major Prisciliano Surubim-PE, próximo a rua do tijolo cru, a fim de atuar em uma ocorrência de queda de moto. Uma motocicleta Honda modelo Pop 100, de cor vermelha, placa PGI 6405 PE, condutor e vítima, o Sr. José Rafael Silva Santos, RG nº 9.913.232 SDS-PE, residente na Rua Nossa senhora do Carmo, nº 85, Bairro São José - Surubim-PE, encontrava-se em posição lateral, com escoriações no MMII e MSD, consciente e orientado, que após a avaliação primária foi constatado suspeita de fratura de fêmur no MID. Que após o procedimento de APH a vítima foi conduzida para a UPA de Surubim, e entregue aos cuidados do profissional Médico, Dr. Bruno Souto, CRM nº 25169. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do Relatório Básico, que se encontra arquivado na Divisão de Operações, segue aposto, com o sinete do 8ºGB e assinado por mim, 3º SGT BM LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA, respondendo como auxiliar da Divisão de Operações do 8ºGB.




LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA - 3º SGT BM
Auxiliar Administrativo/8ºGB



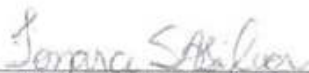


- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Rafael da Silva Santos, nascido no dia 16/03/1996, filho da Sra. Marínez Gomes da Silva Santos e do Sr. Paulo José da Moura Santos. Residente na Rua Nossa Senhora do Carmo nº 85 - bairro São José, nesta Cidade. Solicitou no dia 15/07/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico. Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 19/06/2019 pelo médico plantonista Dr. Bruno Souto Maior CRM - 25169, e transferido para o HRA (Hospital Regional do Agreste).

Onde lar-se acidente automobilístico na ficha de atendimento, já foi retificado como acidente motociclístico como consta na cópia do laudo de transferência em anexo.

Surubim, 15 de julho de 2019.


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463


José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Enfermagem
Matrícula 10103
Hospital Municipal de Surubim

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



MUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

LETIM DE EMERGÊNCIA Cor/Raça: PARDO Nº OCORRÊNCIA: 00075452
Contuário: 38171 CNS: Idade: 23 Anos 3 Meses 3 Dias Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS Nascimento: 16/03/1996 Est.Civil: SOLTEIRO(A)
Ind.: NOSSA SENHORA DO CARMO Nº: 85 Bairro: SÃO JOSÉ CEP: 55750000
Idade: SURUBIM Nac.: BRASILEIRA Doc nº: 9913232
Mãe: MARINEZ GOMES QA SILVA SANTOS Pai: PAULO JOSÉ DE MOURA SANTOS
Profissão: Responsável: Tel.: 81 99734959

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

19/06/2019 18:58 75452 ACIDENTE *Bombardino Surubim*
19/07/2018 11:06 23416 LAUDO
19/07/2018 11:05 23415 LAUDO *Nega Alergia*

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
	<i>110x80</i>	<i>97</i>	<i>97/en AF</i>		<i>Wanderlan S. de Barros</i> Hematologia e Clínica COREN-PE 493705-ENF

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

*Acidente automobilístico
há 1h. Aluno apresentando
Ex. fechada de colo
de fratura.
Paciente hemodinamicamente estável
Ex. estabilizada, Glasgow 15
suprino, SO2: 91% AA*

TRATAMENTO:

*Região do Agreste - Trans
5709574.
① 2000 ml SORO RINGER LA
② SVD (Anest. suave)
150ml às 08:05h.*

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

ESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 19/06/2019 18:58:20

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN,

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS





Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:	UPA SURUBIM			Município:	SURUBIM		
Nome do Paciente:	João Rafael da Silva Santos			data de Nascimento:	16/03/1996		
Quadro Clínico:	Paciente vítima de acidente de trânsito com lesão na cabeça e membros superiores. Paciente estável hemodinamicamente. PA: 140x90. Sinais vitais dentro da normalidade. RAX: 5/1/1. S02: 98%.						
HD:	Fratura de base do crânio.						
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente				CRM:			
				DATA:			
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão				COREN:			
				DATA:			
1º REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada		
	Motivo (Registro Detalhado)						
	Assinatura do (a) médico (a):						
	CRM:						
2º REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada		
	Motivo (Registro Detalhado)						
	Assinatura do (a) médico (a):						
	CRM:						
Assinatura do Responsável							
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem							
COREN:							
Assinatura do Motorista							
Placa da Ambulância:							





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

HRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente
Sr.(a) José Rafael da Silva Santos

Encontra-se internado (a) nesta unidade hospitalar ,na ortopedia . Leito 40 desde
o dia 19/06/2019 (sem previsão de alta)

REGISTRO: 340581

Diagnostico : Fratura de fêmur Direito.

Tratamento: Cirúrgico. (aguardando)

OBS: Vítima de Trânsito. . CiD: S72.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Dr. Carlos Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 26.760

Caruaru, 25 de Junho de 2019

109.794.975-0000-2
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232 Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo(same)

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



Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS / PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade

Nome:

Registro Nº

Clinica

Enfermaria

Exame ortopédico
do acidente de
trabalho de 19/6/2019.
Fratura proximal
fêmur D. operado.
Ver Rx e prontuário
tratando com prótese
sol. Nat. p/ fins
de dente
2084

Data

17/7/2019

Dr. Nilton Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10660

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Rafael do Silveira Santos

2.40

Prontuário: 340584

Data: 14 / 06 / 2019

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura distal do antebraço com fratura (D).

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Paciente de Auto de Otopneumia, sob cuidados de Dr.
Marcelo Lopes, orientado quanto ao cuidado de
Ortopedia com 15 dias. Orientação educacional adequada.

TRATAMENTO REALIZADO:

Ortomania de fratura sustentada com placa DCS.

Alta Hospitalar: Data: 01 / 07 / 19

Hora: _____

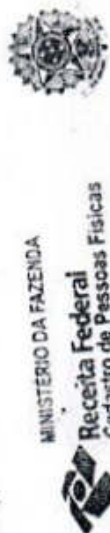
Ra + Dr. Marcelo Lopes



Ass. do Médico e CRM
Carimbo

130819
8h
Dr. Vitor Barros





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
123.805.914-74

Nome
JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

Nascimento
16/03/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08R-56

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO





Jose Rafael da Silva Santos

CARTÃO DE IDENTIDADE



CÓDIGO DE CONTROLE
424D.6EFF.3C1A.CF2C

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
• www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:47:18 do dia 13/11/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO 12/03/2014

REGISTRO 9.913.232

NOME << JOSÉ RAFAEL DA SILVA SANTOS >>

PLACADO << PAULO JOSÉ DE MOURA SANTOS >>

<< MARINÉS GOMES DA SILVA >>

DATA DE NASCIMENTO 16/03/1996

NACIONALIDADE LIMOEIRO - PE

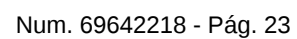
DECL. ARQUIV. << CN.27788 L.A23 F.222V CART.

SURUBIM-PE 21.03.1996 >>

CPF 123.805.914-74

140 22 191 - 4321

COMPTON
20 MAR 2021
PROTOCOLLO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA			
DETRAN - PE Nº 015100731919 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLACA	DATA DE REGISTRO	SERIE	EXERCÍCIO
920.573.144-72	2019	*****	2019
NOME: PAULO JOSE DE MOURA SANTOS			
VEICULO: SURUBIM-PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
920.573.144-72	PGI6403		
PLACA ANT. / SE	CHASSI		
***** / 98	9C2HB0210DR415648		
CARROCE / TIPO	COMBUSTIVEL		
PAZ / MOTOCICLETA	SATOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB. / ANO MOD.		
HONDA / PCP100	2019 / 2012		
CPF / PROJ. EL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
22/97C4	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	IPVA	COTA UNICA	VENIC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO	1*****		
FAIXA PLACA	FAIXA PLACA	COTAS	2*****
A1	*****		3*****
PREMIO TARIFARIO (R\$)	CP (R\$) / PP (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
26.05	0.22	26.27	22/02/19
OBSERVAÇÕES:			
SEM RESERVA			
VEICULO DE USO OBRIGATORIO			
NÃO É AUTOMOTOR			
NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO			
Assinado eletronicamente por: Roberto Carlos Moraes Fontelles			
DATA: 20/07/19			
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/10/2020 15:57:05			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A RESPOSTA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
PE Nº 015100731919 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PAULO JOSE DE MOURA SANTOS			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VEICULO: SURUBIM-PE			
PLACA	CPF / CNPJ	PLACA	
920.573.144-72	PGI6403		
CHASSI	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
9C2HB0210DR415648	HONDA / PCP100	2019	2012
CPF / PROJ. EL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
22/97C4	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	IPVA	COTA UNICA	VENIC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO	1*****		
FAIXA PLACA	FAIXA PLACA	COTAS	2*****
A1	*****		3*****
PREMIO TARIFARIO (R\$)	CP (R\$) / PP (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
26.05	0.22	26.27	22/02/19
OBSERVAÇÕES:			
SEM RESERVA			
VEICULO DE USO OBRIGATORIO			
NÃO É AUTOMOTOR			
NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO			
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/10/2020 15:57:05			



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 123.805.914-74 4 - Nome completo da vítima: Jose Rafael da Silva Santos

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

5 - Nome completo: Jose Rafael da Silva Santos 6 - CPF: 123.805.914-74

7 - Profissão: Reformado PE 8 - Endereço: Rua NSA do Carmo 9 - Número: 85 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Surubim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 9 9258-2087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 39.266 9

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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, 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 nascituro (vainascor)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Surubim 07/08/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200126559 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE P.5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 123.805.914-74 4 - Nome completo da vítima: Jose Rafael da Silva Santos

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

5 - Nome completo: Jose Rafael da Silva Santos 6 - CPF: 123.805.914-74
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua NSA da carne 9 - Número: 85 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Surubim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9.9258-2087

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 5827 CONTA: 39.2669
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Surubim 17/04/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099943/20

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

CPF: 123.805.914-74

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS : 123.805.914-74

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: 20/03/2020
Nome: JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS
CPF: 123.805.914-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE RAFAEL DA SILVA SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS

