

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, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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



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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|----------------------------------|---|
| Comprovante de residência | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado. |
|----------------------------------|---|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200040827 **Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA**

Data do Acidente: 21/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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 tornozelo 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: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000051**

Conta: **0000077679-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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



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: 3200040827 **Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA**

Data do Acidente: 21/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15654798



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 Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200040827 **Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA**

Data do Acidente: 21/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
040.180.274-43 Júlio CESAR BEZERRA OF Sá

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

5 - Nome completo: Júlio CESAR BEZERRA OF Sá
6 - Profissão: REUSO INFORMAR 7 - Endereço: AV. DOM BOSCO
8 - Bairro: Governo de Nossa Senhora
9 - Número: 310 10 - Complemento: 11 - Idade: 12 - Estado: PE 13 - Saldo: 14 - FEP: 55.012-550
15 - E-mail: (31) 39277-7709

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO 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 (informe para os bancos abertos. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 77.679 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se editar)

CONTA CORRENTE (todas os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro-DPVAT e 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro-DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro-DPVAT; ou
 O IMI que atende a regras 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, concedendo, desde já, em me submeter à avaliação médica custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 20, §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.

23 - 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resfriado (resfriar)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro-DPVAT por morte àquelas 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Claro, 27.11.2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

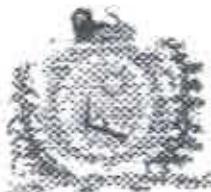
INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AUFERIBILIZADO

TESTEMUNHAS





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
• POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 088ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP88°CIRC DINTER1/14°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0178004563

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às
15:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado),
que aconteceu no dia 21/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 91, LESAO
DOURADO - Bairro: GAIUDA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DE ONIBUS (AUTOR \ AGENTE)
LUCIMARIO JOSE DA SILVA (OUTRO)
COLETIVO (OUTRO)
JULIO CESAR BEZERRA DE SA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): MOTORISTA DE ONIBUS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JULIO CESAR BEZERRA DE SA

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

MOTORISTA DE ONIBUS (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:
XXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

COLETIVO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: XXXXXXXXXX
Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JULIO CESAR BEZERRA DE SA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GENIVALDA UMBELINA DE SA Pai: JOSENILDO BEZERRA DE SA Data de Nascimento:
28/7/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 340, AV DOM BOSCO - CEP: 5 - Bairro:
MAURICIO DE MASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

LUCIMARIO JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
XXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/PERMANENCIA/.infopol/xml/B-O...

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIMARIO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JULIO CESAR BEZERRA DE SA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOGICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

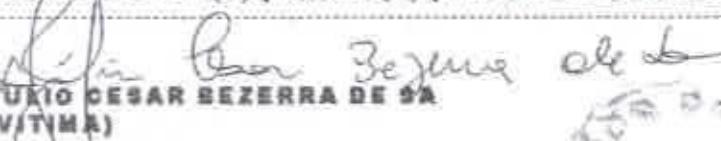
Placa: **PCK1589** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1687734778** Chassi: **BC2JC8888HR001282**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2017**

ONIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **COLETIVO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTORISTA DE ONIBUS**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO NA AV LEAO DOURADO NO BAIRRO CAUCA, QUE A VITIMA ESTVA VINDO PELA ESQUERDA ONDE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO ONIBUS DA EMPRESA COLETIVA QUE APÓS CAUSAR O ACIDENTE O MOTORISTA DO ONIBUS FOI EMBORA SEM SOCORRER A VITIMA ,QUE AVITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste NESTA CIDADE

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


JULIO CESAR BEZERRA DE SA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS FERNANDO DE ARRUDA COSTA** - Matrícula: **111838-7**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do bairro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
060.180.274-43 **Júlio CESAR BEZERRA DE SÁ**

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

5 - Nome completo:

Júlio CESAR BEZERRA DE SÁ **040.180.274-43**
 1 - Profissão: **Reclujo INFORMAR** 8 - Endereço: **R. V. DOM Bosco** 9 - Número: **310** 10 - Complemento: **804**
 11 - Bairro: **Centro de Nossa** 12 - Cidade: **PESSOAL** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.012-550**
 15 - E-mail: **(31) 99277-7709**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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:

RECLUJO INFORMAR R\$ 0,00 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 (Comente para os bancos abaixo. Reservar uma opção):

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

AGÊNCIA: **0051** CONTA: **77.679** (3) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Name do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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, ainda já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 28 - 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residuo familiar? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não leves filhos? _____ leves irmãos? _____ pais/indivisíveis? _____

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

X Júlio Cesar Bezerra de Sá

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

X Júlio Cesar Bezerra de Sá

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



SAMU
192



CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. JULIO CÉSAR BEZERRA DE SÁ portador do CPF: 040.180.274-43 e RG: 6.236.003 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1910210125 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 21/10/2019 às 09h e 02min, no endereço AVENIDA LEÃO DOURADO, CAIUCÁ, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X ÔNIBUS tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGreste.

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

Caruaru, 04 de Novembro de 2019.


Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 04 / 11 / 2019

Jefim Barreto Bezerra de Souza

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: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

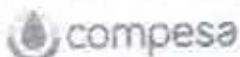
CLIENTE: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 00000077679-3

Nr. da Autenticação 5CCA1FC31815AB3A



CNPJ 00.769.035/0001-54
INSC. EST. Nº 15.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR. CANECA - NUM. - 00352 - MAURILIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-330

| DADOS DO CLIENTE | | MATRÍCULA: 6348769 Nov/2019 |
|---|------------------|--|
| OSENILDO BEZERRA DE SA | | |
| AV D BOSCO, N. 00340 - MAURILIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-550 | | |
| INSERÇÃO: 0411 761 380 0061 800 GRUPO: 1 DEB. AUTOMÁTICO: 006348703 | | |
| SITUAÇÃO ANUA | SITUAÇÃO EDÔCIO | REBIBONAL QUANTITATIVO DE PESOGRAMA COMERCIAL INDUSTRIAL POLÍCIA |
| CORTADO | FACTÍVEL | 1 |
| HIDROMETRO | DATACED ANTERIOR | DATACED ATUAL |
| 07/03666603 | 23/10/2019 | 22/11/2019 |
| | | TIPO DE CONSUMO (AT) |
| | | REA. |

AQUA:

- EIT ANT: 1206 CONSUMO:0
- EIT ATU: 1206
- EIT FAT: 1206

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

| DATA | VALOR | PARAMETROS | NÚMERO DE ANOSTRAS | | |
|---------|-------|---|--------------------|-------|----------|
| | | | EXIG. | PORT. | ANALISES |
| 01/2019 | 00 | | 00 | 00 | 00 |
| 01/2019 | 05 | TURBIDEZ | 169 | 169 | 158 |
| 01/2019 | 04 | COR APARENTE | 169 | 169 | 117 |
| 01/2019 | 05 | CLORO RESIDUAL | 169 | 169 | 169 |
| 01/2019 | 02 | COLIF. TOTAIS | 169 | 169 | 169 |
| 01/2019 | 18 | E. COLI | 169 | 169 | 169 |
| MÉDIA: | 04 | Qualidade de Água: www.compresa.com.br | | | |

QDS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS ANOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
(3)SIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(4)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL(R\$)

AQUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

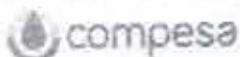
| | |
|---------------------------------------|-------|
| MULTA P/IMPREVISIVILIDADE 18/2019 | 8,26 |
| TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 11/2019 | 13,22 |

| VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
|-------|-------|-------|-------|
| 0,00 | 0,00 | 1,65 | 8,86 |

VENCIMENTO: 05/12/2019 TOTAL A PAGAR: 13,48

MENSAGEM:

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTE(S), NO TOTAL DE R\$ 05/73. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



CNPJ 00.769.035/0001-54
INSC. EST. Nº 15.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR. CANECA - NUM. - 00352 - MAURILIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-330

| DADOS DO CLIENTE | | MATRÍCULA: 6348769 Nov/2019 | |
|---|------------------|---|----------------------|
| OSENILDO BEZERRA DE SA | | | |
| AV D BOSCO, N. 00340 - MAURILIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-550 | | | |
| INSERÇÃO: 0411 761 380 0061 800 GRUPO: 1 DEB. AUTOMÁTICO: 006348703 | | | |
| SITUAÇÃO ANUA | SITUAÇÃO EDÔCIO | QUANTIDADE DE PESOGRAMAS | |
| LORTADO | FACTIVEL | RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL POLÍCA | |
| HIDROMETRO | DATACED ANTERIOR | DATACED ATUAL | TIPO DE CONSUMO (AT) |
| 0713566603 | 23/10/2019 | 22/11/2019 | REA. |

AQUA:

- EIT ANT: 1206 CONSUMO: 0
- EIT ATU: 1206
- EIT FAT: 1206

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

| DATA | VALOR | PARAMETROS | NÚMERO DE ANOSTRAS | | |
|---------|-------|---|--------------------|-------|----------|
| | | | EXIG. | PORT. | ANALISES |
| 01/2019 | 00 | | 00 | 00 | 00 |
| 01/2019 | 05 | TURBIDEZ | 169 | 169 | 158 |
| 01/2019 | 04 | COR APARENTE | 169 | 169 | 117 |
| 01/2019 | 05 | CLORO RESIDUAL | 169 | 169 | 169 |
| 01/2019 | 02 | COLIF. TOTAIS | 169 | 169 | 169 |
| 01/2019 | 18 | E. COLI | 169 | 169 | 169 |
| MÉDIA: | 04 | Qualidade de Água: www.compresa.com.br | | | |

QDS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS ANOSTRAS EXAMINADAS
 (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 SÓLIDOS SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL(R\$)

AQUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

| | |
|---------------------------------------|-------|
| MULTA P/IMPREVISIBILIDADE 18/2019 | 8,26 |
| TARIFA LORTADO DEC. 18.251/94 11/2019 | 13,22 |

| | | | |
|-----------|------|------|------|
| PR. JUROS | 0,00 | 1,65 | 3,86 |
| | 0,00 | 7,60 | 0,00 |

VENCIMENTO: 05/12/2019 TOTAL A PAGAR: 13,48

MENSAGEM:

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTE(S), NO TOTAL DE R\$ 057,73. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TIM S.A.
Av. Menchut Mocoreches Número 4770
FREGD AFOGADOS-Imbituba-SC-PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - IE: 0255614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

R\$ 50,89

VENCIMENTO
10/09/2019

EMISSÃO: 19/08/2019
POSTAGEM: 30/08/2019
FATURA: 3942906191

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
RUA Vinte e Três, 261, CASA
JARDIM BOA VISTA
55000-000 - CARUARU - PE

CLIENTE: 1.75644136

CPF/CNPJ: 78408750410

ACESSO: #1.99584-0119

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009131539518013

IMPORTANTE PARA IRINALDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUL A 18/AGO

| Serviços TIM S.A. | VALOR |
|---------------------------|-----------|
| TIM Controle B Plus | R\$ 49,99 |
| OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS | R\$ 0,90 |

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

| | | | | | | |
|---|----------|---------|------------|---------|-----------------------|--------------|
| Vantagens que seu plano oferece | FRANQUIA | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO | VALOR |
| TIM Controle B Plus: 81995840119 (088/PÓS/SMP) | - | - | 1 | - | - | 64,99 |
| TIM Music | - | - | 1 | - | - | Incluído |
| TIM Banco Jornais | - | - | 1 | - | - | Incluído |
| Desconto Franquia TIM Controle | - | - | 3/12 | - | - | -9,83 |
| Desconto Serviços VAS TIM Controle | - | - | 3/12 | - | - | -5,17 |
| | | | | | Total de Mensalidades | 49,99 |

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

| | | | | | | |
|--|----------|---------|------------|---------|---------|-------|
| Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura: | FRANQUIA | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO | VALOR |
| JUROS: (VENC 10/07/19, PAGO EM 02/08/19) | - | - | 1 | - | - | 0,25 |

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver seu conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056.

| BRIGADEIRO S.A. | ALIQUOTA | BÁSIS DE CÁLCULO | VALOR | FUSP | HSU | Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (IVA) |
|--------------------------------|----------|------------------|----------|---------|----------|--|
| ICMS | 10% | R\$ 0,76 | R\$ 0,80 | Funitel | R\$ 0,01 | Impostos (100% Fixo) |
| IPCDIFRS - Serviço Telecom | 0,65% | | | | | Funçaofixo R\$ 42,28 |
| IPCDIFRS - Serviço Min Telecom | 0,25% | | | | | IVA R\$ 22,48 |
| IPCDIFRS - Serviço Min Telecom | 0,25% | | | | | Desconto(s) Funçaofixo R\$ -1,81 |
| | | | | | | Desconto(s) IVA R\$ -5,37 |



O seu TIM Móvel tem mais comodidade: se prefere pagar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, entre em www.tim.com.br ou ligue para o centro de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

| IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO | MÊS DE REFERÊNCIA | DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | VALOR |
|------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|-----------|
| 00000009131539518013 | AGO/2019 | 19/08/2019 | 10/09/2019 | R\$ 50,89 |

VIA BANCO





3200040827

AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50046-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.038/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2019026348769

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSEPHILDO SEIXA DE SA
AV D BOSCO, N. 00340 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-530
INSCRIÇÃO: 041.761.380.0081.000

GRUPO: 1

PROTÓTIPO: 00634876.9

02/2019-4

OPÇÃO BÉS. AUTOMÁTICO: 00634876.9

RESIDENCIAL RESIDENTE: JOSEPHILDO SEIXA DE SA

| TIPO DE CONSUMO | DATA DA LEITURA | RESIDENCIAL | CONSUMO DE AGUA | ESGOTOS | ESGOTOS |
|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|------------|
| LIGADO | 21/01/2019 | 1 | DIA 01/02/2019 | 20/02/2019 | MÉDIA ED / |

ÁGUA
LEIT. ANT.: 1171
LEIT. ATUAL: 1181
LEIT. FAT.: 1181
CONSUMO: 3
TAXA MÍNIMA
ANORMALIDADE DE LEITURA

LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:
MÍDIA: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

| PERÍODO | DATA | VALOR |
|---------|------------|-------|
| 01/2018 | 01/01/2018 | 0,00 |
| 12/2018 | 21/12/2018 | 0,00 |
| 11/2018 | 21/11/2018 | 0,00 |
| 10/2018 | 21/10/2018 | 0,00 |
| 09/2018 | 21/09/2018 | 0,00 |
| 08/2018 | 21/08/2018 | 0,00 |
| MÉDIA | | 0,00 |

PARÂMETROS
TURBIDEZ
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E. COLI

NÚMEROS DE AMOSTRAS

EXIG. PELA PORT.
MS 2.914/11ANALISES
REALIZADASATENÇÃO A
INSTALAÇÃO

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ABSENÇIA EM 100% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL: 001 INÍCIATE

CONSUMO DE ÁGUA

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCIALA 4/10

MULTA P/IMPORTEALIDADE 01/2018

JUROS DE MORA 11/2018 10/2018

DESCONTO ANTIGUIDADE 09/2018

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

3 M3

41,30

59,05

1,66

2,31

17,26

(81) 99505-8004

| | | | |
|--------|-------|------|------|
| PIS | 41,30 | 1,66 | 0,66 |
| COFINS | 41,30 | 7,60 | 2,14 |

05/03/2019

TOTAL A PAGAR

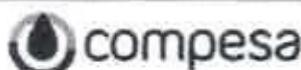
87,06

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 11 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 698,97. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em:

01/02/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

05/03/2019

PROTÓTIPO: 00634876.9

02/2019-4

TOTAL A PAGAR:

87,06

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82890000000-8 87060018041-9 00634876901-5 02201940003-0



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Júlio César Bezerra de Souza inscrito (a) no CPF 781.087.504-10,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Júlio César Bezerra de Souza inscrito
(a) no CPF sob o N° 040.180.274-43, do sinistro de DPVAT coberto por INVALOR da Vítima
Júlio César Bezerra de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 040.180.274-43, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

| | | |
|---------------------------|-------------------------------------|--|
| Endereço <u>Rua 23</u> | Número <u>061</u> | Complemento <u>654</u> |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PE</u> |
| Email <u></u> | Telefone comercial (DDD) <u></u> | Telefone celular (DDD) <u>(81) 99247-7909</u> |

Conselheiro, 12 de Dezembro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante:



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 554215

Prontuário: 347441

Nome: JULIO CESAR BIZERRA DE SA

Data Nasc.: 28/07/1981 Idade: 38

CPF: 04018027443 RG: 6236003

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

CNS:

Religião:

Nº: 340

Endereço: AV DOM BOSCO

Bairro: M DE NASSAU

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55028381 Fone: 937191848

Profissão:

Nome da Mãe: GENIVALDA UMBELINDA DE SA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/10/2019 09:52

Médico: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de trauma automobilístico. Encolhe latidinal com um golpe, sentiu-se batido plena esquerda. Perdeu a audição esquerda em 100%

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

A vista: olhos normais

B vista: pupila normal e reagente

C pupila normal e reagente

D - 100% em perna esquerda

Diag. Provisório:

Doença

* Dois x lateral perfil

* Dois x de costas AP

* Dois x de Baixa AP

* Dois x de flérula

esquerda AP e perfil

* Parecer da Ortopedia

Prescrição:

Dieta: Zero

Data:

02/10/1000

02/10/1000

eten

Dr. Valdir
Cirurgião
CRM: 19405

Horário

02 20

19:30 - 23:00

7:00 am - 10:00 pm



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

3 - Evolução / Exames

23/09/19
14.08h

CG - Mueliswitt -
380,0*

NB: Relevo em torno:

Centro esq: c/ gângios de dr. m. pano segundo.
Sem outra alteração, nego que.

Exs. Ray-X de pano segundo. Síntese de tórax
e fígado.
Dentes redondos: s/ alterações.

CD 1) Cefo do CG; 2) A reto mal; 3) Turbida per-

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho pleno conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

RG: _____

Tel.: _____

Nome: _____ / Endereço: _____ / Data: _____ /

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento: _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: _____ / Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

21/10/2019 09:53:11

2 de 2

Usuario do Atendimento

EDJAILMARG

Data e hora retirada da senha: 21/10/2019 09:40

Nome Paciente: JULHO CESA BIZERRA DE SA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/07/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 21/10/2019 09:42 - 21/10/2019 09:45

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE ORIUNDO DE CARUARU TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLESAO CARRO/MOTO APRESENTA DOR EDEMA TRAUMA E MIE, POSSIVEL FRATUA DE TIBI E FIBULA

Medicamento(s): HAS - DM -

Observação: PACIENTE COM MACA SEM SENHA (SAMU)

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?
- EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/10/2019 09:45

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 23/10/19 Horário: 10 : 00 Registro: 344443 Leito: 36

Nome do Paciente: Julio Pinho Bizarro da Silva

Diagnóstico:

EXAME FÍSICO

Estado Geral: () Regular () Comprometido () Grave () Normocorado () Hipocorado
 () Anictérico () Ictérico () Cianótico () Acianótico () Hidratado () Desidratado () Anasarca

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento () Alerta

Nível de Orientação: () Orientado () Desorientado

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

() Espontânea () Eupneico () Despneico () Taquipneico () Bradipneico

02 Suplementar: () Sim () Não () Caeter Nasal () Macronebulizador () Venturi

Murmúrios Vesiculares: () Presentes () Ausentes () Diminuídos

Ruidos Adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Creptantes *on/off*!

Expansibilidade Torácica Conservada: () Sim () Não

Tosse: () Sim () Não () Produtiva () Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm () Cheio () Filiforme () Ausentes

Acesso Venoso Central: () Sim () Não Qual: _____ BNF EM 2T () Sim () Não

Acesso Venoso Periférico: () Sim () Não Qual: m5E 121130

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdome: () Plano () Globoso () Distendido () Escavado () Depressível () Ascítico
 () Doloroso () Não Doloroso RHA: () Presentes () Ausentes

Dieta: 12/0 SNG: () SNE: () P/Gavagem: Sim () Não ()

Eliminações Intestinais: () Presente () Ausente Frequênciacia: _____

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese: () Presente () Ausente () Espontânea () SVD Aspacto: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Deambulação: () Sim () Não () Com auxilio () Repouso Relativo () Repouso Absoluto
 Mobilidade: () Ativa () Passiva

Imobilização: () Sim () Não Tipos: () Tala gessada () Tração transesquelética () MJ
 () Tipóia () Fixador externo () Outros Local: m5E

CURATIVO: () Sim () Não () Fechada () Aberta

Localização: _____ Cobertura: _____

Descrição: () Necrose () Fibrina () Gramulação Exsudato: () Sim () Não () Purulento
 () Seroso () Sanguinolento () Sero-sanguinolento Odor: sim () não ()

Obs.: _____

Hannah Ferreira de Lacerda
CORRIGIDA

Procedimentos Realizados:

Paciente admitido neste valorizando o círculo verde. Relata Enfermeiro(a) que paciente adentra na cozinha para fritar (manteiga), trazendo fibra e óleo E.



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (1625965)

Admissão: 328235

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S82

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 23/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/10/2019.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA OSSOS DA Perna ESQ

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Dr. Alisson F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 0913/CRM-PE 17604
SBOT 16/14

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/10/2019 as 14:26

Dr. (a)ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRM:



Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (1625965)

Admissão: 328235

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO DIA 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, JULIO CESAR BEZERRA DE SA é portador do diagnóstico:

<<FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQ

CID: <<S82

maneceu internado do dia 23/10/2019 a 25/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/10/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 150 CENTO E CINQUENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 25/10/2019.

Dr. Alisson F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 5913/CRM-PE 17606
SBOT 13814

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17606

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 – Cópia autenticada para a empresa

01 – Cópia simples fica com o paciente

Toda declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/10/2019 as 14:27

Dr. Alisson F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 5913/CRM-PE 17606
SBOT 13814

Dr. (a)ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:

JULIO CESAR BIZERRA DE SA
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
CORAX APE
ACE N° 303889
AGS: 21/10/2018
Age: 30-55 Anos
30 Years
Web:
Site: www.juliosb.com.br



JULIO CESAR BEZERRA DE SA
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
Av. Nogueira 22102019
AEG 123124
Cmte ID: 347441



3200040823



Lando
Ortopédico

Dr. Paulo de Tarso Silveira Claudino

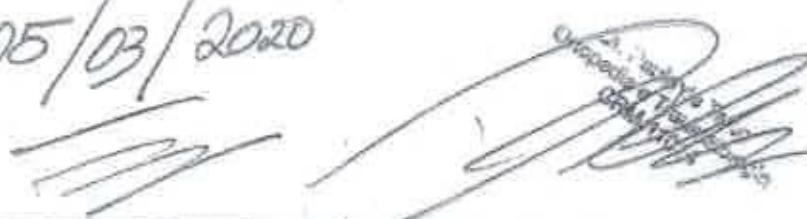
CRM 11014

Membro titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia.

Júlio Cesar Boaventura
do Sá CID 582.2
S 32.4

Fratura de tíbia
e fíbula esquerda consolidada,
vítreo é de fratura por
ocidente em 21/10/2019.
Foi submetido a cirurgia
(fixação bloqueada). Tem
tendinite patelar como
sequela.

05/03/2020



Av. Pedro Jordão, 1252 - Maurício de Nassau - Caruaru - PE
Foneca: (81) 3723.2202 - 3645.4628

JULIO CESAR BEZERRA DE SA

28/07/1981

ID: 356226

Sex: Male

38 years

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Perns - 2 visitas

28/07/1981

ID: 356226

Sex: Male

38 years

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Perns - 2 visitas

28/07/1981

ID: 356226

Sex: Male

38 years

20 cm

20 cm

Digitalizado com CamScanner

R

P

Lateral

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 16.97%
Window Level: 4.096 / 2.048
CR (3153x3211)

Series Nb: 1
AP
CR (3079x3212)

Series Nb: 2
Lateral

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 16.97%
Window Level: 4.096 / 2.048
CR (3153x3211)

Series Nb: 1
AP
CR (3079x3212)

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ DAS/PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clinica

Registro N°

Enfermagem

Fratura da
diáfise da tíbia
operado em outubro
de 2019. Fratura
consolidada. Apresenta
tendinite patelar
importante como
sequela. Fazendo
fisioterapia. Afeita-
mento por 90 (Nove)
dias

Data:

05/09/2026

Médico:

O primeiro Cigarro é uma passagem de vida.

Eleida Monteiro de Souza

1º Prêmio de Melhor
1º Lugar e Prêmio
+1014

2º Concurso 89





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE

Nº 012801444091

09744554614

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA
1

ODD REHAYAM

RNTRC

1097734770

NOME/ENDERECO

LUCIMARIO JOSE DA SILVA

RUA MANOEL ALVRES FEITOZA 13

CASA - JD PANORAMA BOA VISTA

CARUARU-PE

55030-650

GPF/CHP

843.924.444-49

PLACA

PCK1999

NOME ANTERIOR

MARAVILHA MOTOS LTDA - FÁBRIC CARU

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2JC6900HR001202

ESPECIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB

2016

ANO MOD

2017

CAP/POT/CIL.

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

20163792

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

CONCESSIONÁRIA PARA TRANSFERÊNCIA
LOCALIZADA

LOCAL

DATA

CARUARU-PE

21/09/16

Charles Andrews Souza Ribeiro
Assessoria de Identidade DETRAN/PE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200040827**

Nome do(a) Examinado(a): **JULIO CESAR BEZERRA DE SA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Avenida Dom Bosco, 340 - Caruaru - PE - CEP 55012-550

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6236003**

Data e local do acidente: [**21/10/2019**] **Caruaru**

Data e local do exame: [**18/02/2020**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da tibia e fibula esquerda.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, com edema residual localizado e redução moderada da amplitude de movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tibia e placa e parafusos na fibula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

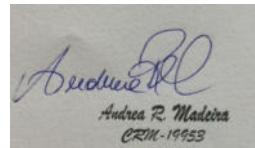
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Número do pedido DPVAT: 3200-040827

Data da solicitação: 07.07.2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Júlio César Bezerra da Sí

CPF do beneficiário: 040180274-43

Nome do solicitante: Júlio César Bezerra da Sí

CPF do solicitante: 040180274-43

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99277-7909

Tel. Comercial: () DDD

Tel. Residencial: () DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

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

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

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

Sr. Augusto, Vendo 31/06/2020 desta Manhã minha Indenização pelo valor recebido do meu Sinistro por Invalidez, 70% ISS, PROWRA 6 MESES RESPONSABILIZADO pelo ato de negligencia hospitalar, que me diagnosticou Meningitis Cerebral, SORRISOSA e grave causando sequelas como prola o Lobo ANGEL ENVIADO. Assim SORRI, ISSO-LEI, que por gentileza uns nova Realização Médica, uma nova perícia e assim confirmar Tais AFIRMAÇÕES, como soy a Vossa Coligente, que fizemos ISS + ISS EU SOU MESTRE DO valor certo! DESDE TA MANHÃ VASSA VENHO OO CASO, SEM MAIS,

Belo Horizonte, 07.07.2020.

Local e Data

Júlio César Bezerra da Sí

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tibia e fíbula esquerda.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, com edema residual localizado e redução moderada da amplitude de movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tibia e placa e parafusos na fíbula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

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 tornozelo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula esquerda.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante, com edema residual localizado e redução moderada da amplitude de movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com redução da fratura com uso de haste na tíbia e placa e parafusos na fíbula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 tornozelo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 6_RESUMO DE ALTA HOSPITALAR.

X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCOLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: *PÁG. 2 LAUDO MÉDICO.

**VÍTIMA PERICIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL DE 18/02/2020 - DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: *PÁG. 2 LAUDO MÉDICO.

**VÍTIMA PERICIADA EM 18/02/2020 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040827 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 6_RESUMO DE ALTA HOSPITALAR.

X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCOLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Júlio César Bezerra da Silveira
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: VENDEDOR
RG nº 6236003, CPF/MF nº 040.180.274-43, com
endereço residencial na Rua Dom Bosco, nº 340 - Manaus - AM - 69080-000

OUTORGADO:

Nome: Inácia Bezerra da Silva Bento
brasileiro (a), estado civil: Casado, RG nº 29.0499
CPF/MF nº 784.687.504-10, com endereço residencial na
Rua 23 nº 261 - Boa Vista - Manaus - AM

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza INVALIDEZ da Vítima
Júlio César Bezerra da Silveira CPF 040.180.274-43 e
cujo Sinistro ocorrido no dia 21.01.2019.

Caruaru

18 de Novembro de 2019

Cynthia M. S. Sabino (Assinatura) Outorgante

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Rua das Esposendeiras, 42 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 56300-440 Fone: (81) 3752-8723 - Fax: (81) 3752-2118

Bel. DARIO TOSORIO utenticidade)

Reconheço, por autenticidade, a firma de: JULIO CESAR BEZERRA DE SA. Em testemunho, fui de verdade. Dou fe Caruaru/PE, 18/11/2019 - 16:46:16.

Cynthia M. S. Sabino
EMOLUMENTOS: R\$3,61, TANR: R\$0,80, FERC: R\$0,40.
FUNSEG: R\$0,06, FERMI: R\$0,04, ISS: R\$0,06.
TOTAL: R\$4,91 Operador: 6

Selo: 0073718.DUS1120190104073



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2019

JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2019

JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/07/2020
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2019

JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES : 784.087.504-10

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

JULIO CESAR BEZERRA DE SA : 040.180.274-43

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: 24/01/2020
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2019

JULIO CESAR BEZERRA DE SA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JULIO CESAR BEZERRA DE SA : 040.180.274-43

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Caroliny Lins Veloso