



Número: **0042149-76.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JULIO CESAR BEZERRA DE SA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70284185	29/10/2020 09:58	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, 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

Carta nº 15422196

Pag. 0036500066 - carta_01 - INVALIDEZ

00020103





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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: INVAUDEZ

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

Pag. 0013/00314 - carta_02 - INVAUDEZ

00000157



Carta nº 15445302





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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: INVALEZ

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

Pag. 01603/01604 - carta_03 - INVALEZ

00000042



Carta nº 15507523





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, 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 retomar 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. 01/17/01710 - carta_30 - INVALIDEZ

00020050





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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: INVAUDEZ

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

Pag. 00841/00842 - carta_09 - INVAUDEZ

00000471



Carta nº 15654798





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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: INVAUDEZ

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

Pag. 01071101072- carta_09 - INVAUDEZ

00030638



Carta nº 15923796





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do contrato do ASV: 3 - CPF da vítima: 040.180.274-43 4 - Nome completo da vítima: NÍLIO CESAR BARREIRA DE SÁ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SESEP Nº 494/2012

5 - Nome completo: NÍLIO CESAR BARREIRA DE SÁ 6 - CPF: 040.180.274-43 7 - Profissão: RECURSISTA 8 - Endereços: AV. DOM BOSCO 9 - Cidade: 340 10 - Telefone: 11 - Bairro: PAVANINHA 12 - Estado: RJ 13 - E-mail: 14 - CEP: 55.012-550 15 - Telefone: (31) 99277-7709

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 18 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: ☒ RECEBO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA

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

☒ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Aponte uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0051 CONTA: 77-679 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e do meu livro direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA 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 reconhecimento de autenticidade do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Não recebi avaliação selectiva preliminarmente de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando ainda que em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.234/74, art. 2º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou reembolso em direito de indenização, caso discordo de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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), informe o nome completo: 28 - Se tinha filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha irmãos, informe: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se tinha filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se tinha irmãos, informe: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não 33 - Se tinha irmãos, informe: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando certo, 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

35 - Nome legível de quem assina a seguinte petição:

36 - CPF legível de quem assina a seguinte petição:

37 - (1ª) Assinatura de quem assina a seguinte petição:

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Boletim de Ocorrência

File:///C:/Users/PERMANENCIA/infopol/xml/BO...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 088ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP88ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

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 - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 21/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 81, LESAO
DOURADO - Bairro: CAIUCA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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:
XXXXXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

COLETIVO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: XXXXXXXXXXXX
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 Pol. JOSENILO BEZERRA DE SA Data de Nascimento:
22/7/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 340, AV DOM BOSCO - CEP: 6 - Bairro:
NAURICIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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



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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **LUCIMARIO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(s) Sr(s): **JULIO CESAR BEZERRA DE SA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGK1585** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1997734776** Chassi:

8C2JC8888HR001203

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017**

ONIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(s): **COLETIVO**, que estava em posse do(a) Sr(s): **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 CAUICA, QUE A VITIMA ESTVA VINDO PELA ESQUERDA ONDE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO ONIBUS DA EMPRESA COLETIVA QUE APOS 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: **111236-7**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - NR do veículo do ACI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

040.180.274-43

JULIO CESAR BARBOSA DE SOUZA

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

5 - Nome completo:

JULIO CESAR BARBOSA DE SOUZA

040.180.274-43

6 - Endereço:

R. V. DE SOUZA

7 - Número:

340

8 - Complemento:

184

9 - Bairro:

PARQUE DE NASCIMENTO

10 - Cidade:

PANHAMA

11 - Estado:

PE

12 - CEP:

55.012-550

13 - Telefone:

(31) 99277-7909

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

14 - Nome completo do Representante Legal:

15 - CPF do Representante Legal:

16 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, em nome da firma de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

17 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR☐ SEM RENDA☐ R\$ 1,00 A R\$ 1.000,00☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 2.500,00☐ R\$ 2.501,00 ATE R\$ 5.000,00☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

18 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPEIRAS (Somente para os bancos citados. Anotar o código)☐ Itaú (227)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0051

CONTA:

77.677

3

AGÊNCIA:

CONTA:

Declaro a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/rebolsão do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo a dando, desde já a validade após a efetivação do crédito, quitando total o valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORREÇÃO 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 reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente uma vez que (selecionar uma das opções):

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

Foi motivado, assinado, autenticado 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 e custos da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme (Lei 9.124/76, art. 3º, §1º, da Lei que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou resultado do processo de contagem, caso discordo de sua conclusão).

DECLARAÇÃO DE UNICO/BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Cel)☐ Viúvo☐ Separado judicialmente☐ Outro

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Cópia de Documento com a vítima:

26 - Vítima possui companheira(o):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima possui companheira(o), informar o nome completo:

28 - Vítima possui filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vítima:

☐ Falecidos:☐ Vivos:

30 - Vítima possui irmãos?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima possui irmãos, informar Vítima:

☐ Falecidos:☐ Vivos:

32 - Vítima possui pais?

☐ Sim☐ Não

Declaro que a Seguradora LIDER pagará, caso aceita, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, salientando desde já, que qualquer renúncia ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação do ressarcimento do valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

33 - Nome legítimo de quem assina a requisição:

34 - CPF legítimo de quem assina a requisição:

35 - Assinatura de quem assina a requisição:

36 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

PANHAMA, 27.11.2019

Assinatura da vítima/beneficiário (decente)

Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante legal (se houver)

FMS-203 1002/2012





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.

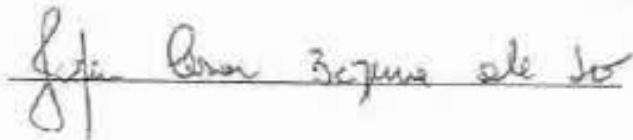
De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

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


Julio Cesar Bezerra de Sa



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: 000000077679-3

Nr. da Autenticação 5CCA1FC31815AB3A





CNPJ 08.768.038/0001-84
INSC. EST. Nº 15.1.001.0014008-3

ATENDIMENTO: RUA J.R. CADEIA - N.º - 60152 - BAURICED DE MASS
RJ CARUARU PE 55012-330

NOME DO CLIENTE		MANTENHA 6348769 NOV/2019	
OSHELOO BEZERRA DE SA			
V O BOSCO, N. 60340 - IMURILIA DE MASSAU CARUARU PE 55012-350			
NÚMERO: 001.261.880.0001 RDO GRUPO: 1 DES AUTOMATICO: 000348.709			
INDICAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO EDIÇÃO	PARÂMETROS	PARÂMETROS
CORTADO	FACTIVEL	1	
INDICAÇÃO AGUA	INDICAÇÃO ANTERIOR	DATA DE FIM	DATA DE FIM
00/0000000	24/10/2019	22/11/2019	REAL.
AGUA:			
LIT ANT: 1200 CONSUMO: 2			
LIT ATU: 1200			
LIT FAT: 1200			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO			
PARAMETROS		NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT.	ANÁLISES ATENÇÃO
		MS 2.914/11	REALIZ. A 1.001
01/2019	00	TURBIDEZ	100
01/2019	05	CON APARENTE	100
01/2019	04	CLORO RESIDUAL	100
01/2019	05	EDIF. TOTAL	100
01/2019	02	EDIF. TOTAL	100
01/2019	10	EDIF. TOTAL	100
01/2019	04	Qualidade de Água: www.compesa.com.br	
OBS: 1. COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA SEM DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
2. OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO			
3. RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
4. OS PARÂMETROS CON E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES			
5. INDICADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
RESUMO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019			8,26
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 VL/2019			13,22
TOTAL		0,00	13,48
TOTAL		0,00	0,00

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

REMESSA:

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE A TATUAÇÃO PENDENTE, NO
TOTAL DE R\$ 857,70. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A RESA-
TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.





ATENDIMENTO: RUA JOSE CAPECA - N.º 1 - 08152 - SAURICED DE NASS
 RJ - CARLIANEI ME 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6348760		Nov/2019	
OSWALDO BEZERRA DE SA V D BOSCO, N. 40040 - BAURICIA DE NASSAU CAMARU PE 55022-550					
MUTUAÇÃO: INT. 261 180 CUST. 800 GRUPO: 1 DES. AUTOMÁTICO: 006348760					
SITUAÇÃO AGUA		SITUAÇÃO ELETRICIDADE		SITUAÇÃO DE PAGAMENTO	
CONTRATO		FACÍVEL		1	
INSCRIÇÃO (CNPJ)		DATA DE ANTERIOR		DATA DE PAGAMENTO	
00/0000000		28/10/2019		22/11/2019	
				REAL.	

LIGAÇÃO:	
EIT ANT: 1200	CONSUMIDOR
EIT ATU: 1200	
EIT FAT: 1200	

HISTÓRICO DE CONSUMO E REFERÊNCIA CONSUMO																																				
	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">PARAMETROS</th> <th colspan="3">MÊS DE ANÁLISE</th> </tr> <tr> <th>EXPL. PORT. 1</th> <th>ANÁLISES REALIZ.</th> <th>ATENÇÃO</th> </tr> <tr> <td>01/2019</td> <td>00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>02/2019</td> <td>05</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>03/2019</td> <td>04</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>04/2019</td> <td>04</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>05/2019</td> <td>02</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06/2019</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>07/2019</td> <td>04</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PARAMETROS	MÊS DE ANÁLISE			EXPL. PORT. 1	ANÁLISES REALIZ.	ATENÇÃO	01/2019	00			02/2019	05			03/2019	04			04/2019	04			05/2019	02			06/2019	10			07/2019	04		
PARAMETROS	MÊS DE ANÁLISE																																			
	EXPL. PORT. 1	ANÁLISES REALIZ.	ATENÇÃO																																	
01/2019	00																																			
02/2019	05																																			
03/2019	04																																			
04/2019	04																																			
05/2019	02																																			
06/2019	10																																			
07/2019	04																																			
Qualidade de Água: www.compsa.com.br 01/2019: (3) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA SEM DAS AMOSTRAS EXAMINADAS; (3) PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) PARÂMETROS COM TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA RESERVAÇÃO DOS SERVIÇOS: CONSUMO TOTAL (R\$) LIGAÇÃO: RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019: R\$ 20 TARIFA CORTADO SEC. 18-251/94 11/2019: R\$ 12																																				

Taxa	0,00	1,00	0,00
	0,00	7,00	0,00

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

BEZSÁGEN:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 6 FATURAS(5) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 457,70. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVADA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA



TIM S.A.
Av. Henrique Maciel e Silva, 970
FREGES ALTO DO LAGOAS - JARDIM ARAUCÁRIA - FREGES - PE
CNPJ: 02.421.471/0001-55 - I.E.: 02.05894-09
CNPJ da Matriz: 02.421.471/0001-55



Página 1 de 2

R\$ 50,89

VENCIMENTO
10/09/2019

EMIÇÃO: 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: 1.25844136

CPF/CNPJ: 78408750410

ACESSO: 81.99584-0119

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009131539518013

IMPORTANTE PARA IRINALDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUL A 19/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 Jomais	-	-	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 10/09/19, PAGO EM 02/08/19)	-	-	1	-	-	0,25

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que quiser, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.app.meutim.com.br ou pelo celular TIM Central de Atendimento: 1056

Serviços TIM S.A.	FRANQUIA	VALOR DE CÁLCULO	VALOR	POST	VALOR	Informações Complementares - (Plano) e Serviços de Valor Adicionado (VAS)
JUROS	0%	R\$ 0,25	R\$ 0,25	FRANQUIA	R\$ 0,25	
PLANO TIM	0%	R\$ 0,00	R\$ 0,00			Desconto Franquia
PLANO TIM	0%	R\$ 0,00	R\$ 0,00			Desconto Serviços VAS
PLANO TIM	0%	R\$ 0,00	R\$ 0,00			



© 2019 TIM S.A. Todos os direitos reservados. A TIM S.A. é uma empresa de telecomunicações e serviços, que presta serviços de telecomunicações e serviços de valor adicionado (VAS) sob o nome TIM. Para mais informações, consulte o site www.tim.com.br ou ligue para o Central de Atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009131539518013

MÊS DE REFERÊNCIA
AGO/2019

DATA DE EMISSÃO
19/08/2019

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019

VALOR
R\$ 50,89

VIA BANCO

000000000-4 000000000-0 000000000-2 000000000-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CARLOS - RUM. 1387 - SANTO AMARO REGISTE EM
CEP: 50040-000. Fone: (081) 9508 061 0155
Inscrição Estadual: 15.1.041.0014398-3
CNPJ: 09.749.033/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019026368769

Escritório: CARIARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

ANDRÉILDO DESEIRA DE SA
AV. D. BOSCO, N. 08340 - BAIRRO DE NOSSA SENHORA DE 55012-550
INSCRIÇÃO: 042.741.380.0081.000 GRUPO: 1
OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 00534876.9

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE FATURAMENTO	DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
05/03/2019	01/01/2019	30/02/2019	MEIA H2 /

ÁGUA
LEIT. ANT.: 1191 CONSUMO: 2
LEIT. ATUAL: 1191 TELA MÍNIMA
LEIT. ANT.: 1191 ARREVALHADA DE LEITURA
LEIT. ATUAL: 1191
VOLUME: 0

PERÍODO DE CONSUMO	PERÍODO DE CONSUMO	PERÍODO DE CONSUMO	PERÍODO DE CONSUMO
01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19
02/01/19	02/01/19	02/01/19	02/01/19
03/01/19	03/01/19	03/01/19	03/01/19
04/01/19	04/01/19	04/01/19	04/01/19
05/01/19	05/01/19	05/01/19	05/01/19
06/01/19	06/01/19	06/01/19	06/01/19
07/01/19	07/01/19	07/01/19	07/01/19
08/01/19	08/01/19	08/01/19	08/01/19
09/01/19	09/01/19	09/01/19	09/01/19
10/01/19	10/01/19	10/01/19	10/01/19
11/01/19	11/01/19	11/01/19	11/01/19
12/01/19	12/01/19	12/01/19	12/01/19
MEIA	12/01/19	12/01/19	12/01/19

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 003 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	81,30
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 6/10		59,05
MUATA V/IMPONIBILIDADE 01/2019		1,66
JUNTA DE MORA 11/2018 10/2019		2,31
DEBITO ANTERIOR 09/2018		17,26

(81) 99505-8004

PIB	41,30	1,66	0,00
CONSUMO	41,30	1,66	1,66

05/03/2019

87,06

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 11 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 698,97, REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A
RGA- TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Endereço: (081) 9508 061 0155

Endereço: 11/02/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810195



0800-2813844

00534876.9

02/2019-4

05/03/2019

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.seguradorelides.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/SI/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 faixa 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**.

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

²Conselho 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 Reginaldo Benício da Silva Porto inscrito (R) no CPF 784.087.504, no
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JULIO CESAR BIZERRA DE SA inscrito
(a) no CPF sob o nº 040.180.274, 43, do sinistro de DPVAT cobertura ENLAV'DEZ da Vítima
JULIO CESAR BIZERRA DE SA inscrito (a) no CPF sob o nº 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>261</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Est. Boa Vista</u>	Cidade <u>COMMAN</u>	Estado <u>PE</u>
CEP <u>55.000.000</u>	Telefone (comercial) (DDD) <u>(81) 9927-7909</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9927-7909</u>

COMMAN 12 de DEZEMBRO de 2019
Local e Data

Reginaldo Benício da Silva Porto
Assinatura do Declarante

020RL001 V001/2017





5/30/59 #16 - *M. melanocephala* # -
34.094 380.00.
NB: *Polistes* stems.
Route 100, 1/2 miles S. of the main road
on other side of road, deep woods.
E. of. 100-X of main road. Section of the
2 miles road. 1/2 miles.
2 miles road. 1/2 miles.

Assinatura

Assinatura

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

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

CRM:

Usuário do Atendimento
EDJAILMARG

Scanned by CamScanner



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: U2011
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 COESAO CARRO/MOTO APRESENTA DOR EDEMA TRAUMA E MIE, POSSIVEL FRATURA DE TIBI E FIBULA

Medicamento(s): HAS - DM -

Observação: PACIENTE COM MACA SEM SENHA (SAMU)

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?
- EDEMA?

Especialidade: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 21/10/2019 09:45

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

242741

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Juno Cesar Simão de Sá

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/03/81

9 - SEXO

M

10 - RAÇA/COR

B

11 - NOME DA MÃE

Carmelinda umbelindo de Sá

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cachoeira

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

x HEMORRAGIA BOCA COM PONTA COERENTE
APOS TRAUMA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

— trauma facial

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO)

— Hb + hemograma

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

trauma facial

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

Hospital

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgente

30 - DOCUMENTO

CNS

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/INTERVENIENTE)

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/10/19

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - TIPO DE ACIDENTE

35 - ACIDENTE TRAFEGANDO

36 - ACIDENTE TRABALHISTICO

37 - ACIDENTE TRAFEGANDO

38 - CNES DA SEGURADORA

39 - CNES/EMPRESA

40 - Nº DO CONTRATO

41 - VIGÊNCIA

42 - TIPO DE VIOLÊNCIA

43 - CID 10

44 - TÍTULO COM A PROVEDORA

45 - EMPREGADO

46 - EMPREGADOR

47 - AUTÔNOMO

48 - TERCEIRIZADO

49 - LAJENQUILADO

50 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - CNES DO PROFISSIONAL

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - DOCUMENTO

CNS

55 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





Armando Moura
HOSPITAL MOURA

Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (SUZINHO)

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 CIRURGICO 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 - DAPIRONA 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 FABIO FERNANDES VIEIRA
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PR 19.043/PR-PE 17806
08/01/2014

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/10/2019 as 14:26

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:





Nome: JULIO CESAR BEZERRA DE SA (16129955)

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

marcou 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
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6813/CRM-PE 17606
SBOT 12614

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

T - Declaração está sendo entregue diretamente ao paciente ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/10/2019 as 14:27

Dr. Alisson
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6813/CRM-PE 17606
SBOT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
CRM:







3200040827



Laudos
Ortopédico
Dr. Paulo de Tarso Silveira Claudino

CRM 11024

Membro titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Júlio Cesar Bogenha
de Sá

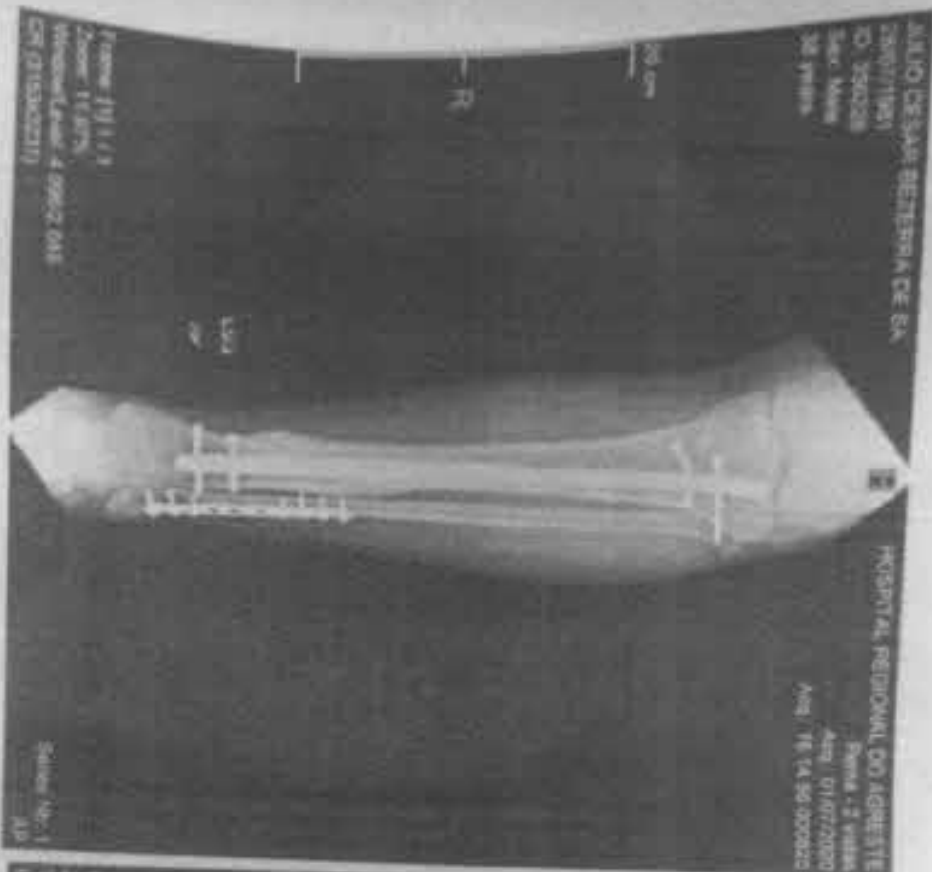
CID S82.2
= 32.4

Fratura de tíbia
e fíbula esquerda consolidadas
Vítima de acidente por
ocidente em 21/10/2019.
Foi submetido a cirurgia
(toste bloqueada). Tem
tendinite patelar com o
saquela.

05/03/2020

Av. Pedro Jordão, 1252 - Muroto de Nazaré - Caruaru - PE
Fones: (81) 3722.2232 - 2545.4658





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SEMSA/PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade

Nome

Clinica

Resposta

Exatidão

Julio Cesar Bezerra
do S.C.
Ortopedia
C.I.D. 582.2

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

Data

09/07/2020

Assinatura

O primeiro cigarro é uma passagem

Elida Monteiro de

1º DE PAULO DE TARO
2º DE PAULO DE TARO

1014

2º Concurso 59



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOV. DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDE EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1823499902

ERIVALDO SAIXA DA SILVA FORTES
 RG: 784.087.804-16
 22/02/1978
 NOME: SAIXA DA SILVA FORTES
 SOBRENOME: GUILLERMINA DA
 SILVA
 SEXO: M
 DATA DE NASCIMENTO: 22/02/1978
 DATA DE EMISSÃO: 15/04/2004
 DATA DE VALIDADE: 17/01/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/10/2020 09:58:58
 https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102909585849100000068914615
 Número do documento: 20102909585849100000068914615

PERNAMBUCO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN PE

Nº 012801444091

02749554614
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

1 1097734770 *****

NOME/ENDERECO
LUCIMARIO JOSE DA SILVA
RUA MANOEL ALVES FEITOSA 13
CASA - JD PANORAMA BOA VISTA
CARUARU-PE 55035-650

CPF/CNPJ PLACA
843.824.444-49 9CK1989

NOME ANTERIOR
MARAVILHA MOTOS LTDA - FÉLIX CARL

PLACA ANT./UF CHASSI
***** 9C2JC6900HR001202

ESPECIE DE COMBUSTIVEL
PA3 /MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 125I FAN 2016 2017

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/124CL PARTIC VERMELHA

20163792 OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA
AL. FID. BANCO HONDA SA
AL. FID. BANCO HONDA SA

DATA
CARUARU-PE 21/09/16

Charles Andrews Souza Ribeiro
Presidente DETRAN/PE

Scanned by CamScanner

**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 tíbia e fíbula 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. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] 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 tíbia e placa e parafusos na fíbula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

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

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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
(X) 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.**


Andreia R. Maciel
CRM: 19953

Andreia Rodrigues Maciel - CRM: 19953 - PE



3200-040827



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: 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

Nome do beneficiário: NÍLIO CESAR BARREIRA DA SILVA

CPF do beneficiário: 040130274-43

Nome do solicitante: NÍLIO CESAR BARREIRA DA SILVA

CPF do solicitante: 040130274-43

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99277-7409

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

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) documento(s) 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. ANTONIO, VIMOS DE NOVO DESTA MOSTRAR MINHAS INDICAÇÕES AO VALOR RECEBIDO DO SEU SINISTRO POR INVALIDEZ, POR ISSO, PRECISO O MEU RESPONSAVEL POR MEU ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR QUE ME PROTESTOU MINHA LÍNGUA SEVERISSIMA E BOM CONDIÇÃO SEXUAL COM A MOÇA O LAUDO ANEXO ENVIADO. ASSIM COMO, FIZO-LHE QUE DE BENTITELO UMA NOVA REALIZAÇÃO MÉDICA, UMA NOVA TÉCNICA E ASSIM GARANTIR MEUS AFINAMENTOS.

COMO DEU O VOSSO COMPROMISSO, QUE FOSSEM IUS E QUE EU SEJA RECONHECIDO DO VALOR CORRETO, DESDE JA AGRAÇO VOSSA ATENÇÃO AO CASO, SEJA BOM DIA,

BOM DIA, 07.07.2020.

Local e Data

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

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo posto 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, à sua 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 fibula 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 fibula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo**Sequelas:** Com seqüela**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 tibia e fibula esquerda.**Descrição do exame físico:** Vítima queixa-se de dor aos movimentos do tornozelo esquerdo. Ao exame físico vítima apresentando mardia 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 fibula à esquerda. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo**Sequelas:** Com seqüela**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

Valoração 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

Valoração 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 ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. 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

Valoração 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

Valoração 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.segundolider.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 4020-1086 (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 59. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180428339

Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Data do Acidente: 11/12/2016

Cobertura: INVALIDE Z

Procurador: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 0016160170 - 0146_02 - INVALIDE Z

00284185



Carta nº 13886384



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

Valoração 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 SO LICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, 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: JULIO CESAR BEZERRA DE SA
brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: VENDEDOR
RG nº 6236003, CPF/MF nº 040.180.274-43, com
endereço residencial na AV. DOM BOSCO, Nº 340 - MARINHO
DE LASSOU - CANAÚ - PE

OUTORGADO:

Nome: INACIO BRAGA DA SILVA Bentes
brasileiro (a), estado civil: Casado, RG nº 41.01094
CPF/MF nº 784.087.504-10, com endereço residencial na
Rua 23 Nº 201 - Boa Vista - CANAÚ - PE

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório -
DPVAT, por natureza INQUÊRIZ da Vítima
Julio Cesar Bezerra de Sa CPF nº 040.180.274-43 e
cujo Sinistro ocorrido no dia 21.10.2019.

Canas

18 de Novembro de 2019.



Julio Cesar Bezerra de Sa
Outorgante

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
Reconheço, por autenticidade, a firma de JULIO CESAR BEZERRA DE SA. Em testemunha da verdade Dou fe. Canas/PE, 18/11/2019.
18.11.19
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO (Escrivente)
EMOLUMENTOS: R\$3,51, TCMR: R\$20,00, FERC: R\$0,40,
FUNGOS: R\$0,00, FERM: R\$0,04, ISE: R\$0,00
TOTAL: R\$4,95. Operador: 0
W: 0673718 DUS1120190164073

Del. CARLOS TORRES (autenticidade)

Cartório do 3º Ofício
Canas - PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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
Titular do CPF: 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 médico-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

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034425/20

Número do Sinistro: 3200040827

Vítima: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF: 040.180.274-43

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/10/2019

Titular do CPF: JULIO CESAR BEZERRA DE SA

CPF de: Próprio

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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Carolyn Lins Veloso

