



Número: **0038383-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/08/2020**

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	
DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70355813	30/10/2020 14:11	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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198058

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Data do Acidente: 02/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

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 15832220

Pag. 00899/00900 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198058

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Data do Acidente: 02/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000024621-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200198058

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Data do Acidente: 02/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 29/06/2020, 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. 00761/00762 - carta_09 - INVALIDEZ

00040381



Carta nº 1589823



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
143.639.734-04 DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

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

5 - Nome completo: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA 6 - CPF: 143.639.734-04
7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: RUA BELA VISTA 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BELA VISTA 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.765-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8119.9665-0454

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 835 CONTA: 24621
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Gm) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, SANTA MARIA DO CAMBUCA, 19/05/2020.

X DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 13ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA -
DP13ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0223000166**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/04/2020** às **18:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/3/2020** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO CAMBUCA, PROXIMO A - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
DAVI PEREIRA DE MOURA (OUTRO)
DEVIDE PEREIRA DA SILVA MAOURA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DEVIDE PEREIRA DA SILVA MAOURA

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

DEVIDE PEREIRA DA SILVA MAOURA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DEVIDE PEREIRA DA SILVA MOURA Pai: DAVI PEREIRA DE MOURA Data de Nascimento: 7/4/2000 Naturalidade: TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10340701/SDS/PE (RG). 14363973404 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 971207425

Endereço Residencial: **RUA BELA VISTA, 154, RUA BELA VISTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DAVI PEREIRA DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAVI PEREIRA DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEVIDE PEREIRA DA SILVA MAOURA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD3916** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **109566933** Chassi: **9C2KC2500GR23479**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

16/04/2020 18:26



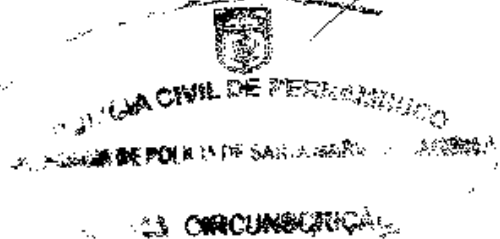
Complemento / Observação

INFORMA A PESSOA DE DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA QUAL NO DIA 02/03/2020 QUE TRANSITAVA PILOTANDO NA MOTOCICLETA DE PLACA PCD 3918, ACIMA DESCRITA, NO SÍTIO CAMBUCA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEICULO DESCONHECIDO, PROVAVELMENTE UMA MOTOCICLETA, CAUSANDO DANOS NA VEICULO E LESÕES GRAVE EM SUA INTEGRIDADE FÍSICA. LOGO APÓS O ACIDENTE A VITIMA DEU ENTRADA NA POLICLÍNICA DESTA CIDADE, E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HRA DA CIDADE DE CARUARU

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

x Deivide Pereira da Silva de Moura
DEIVIDE PEREIRA DA SILVA MAURA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE ELTHON DOS SANTOS SARINHO - Matrícula: 2729015



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

143.639.734-04

4 - Nome completo da vítima:

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

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

5 - Nome completo:

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

6 - CPF:

143.639.734-04

7 - Profissão:

REC. INFORMAR

8 - Endereço:

RUA BELA VISTA

9 - Número:

12

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA MARIA DO CAMBUCA

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

55.765-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

1819.965-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ REQUISO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR OU CURADOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

☐ ☐

CONTA:

☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

835

CONTA:

24621

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Gm)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido (ou nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA MARIA DO CAMBUCA, 19/05/2020.

X DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000024621-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1006202005000000000023700835000000024621168750 PAGO





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/DÓCORIGINAL.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 COAF**².

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 EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 143.639.734 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.639.734 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDIDADE da vítima DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.639.734 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

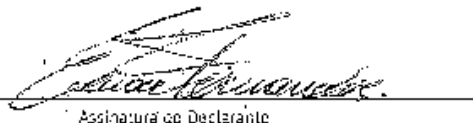
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência (junto a Seguradora Líder-DPVAT), residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Fone _____		Telefone comercial (DDD) <u>1819.9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>1819.9133-5022</u>

SURUBIM, 19 de MAIO de 2020.

Local e Data



Assinatura do Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198058 **Cidade:** Santa Maria da Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA **Data do acidente:** 02/03/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º METATARSOS DE PÉ ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 5_CIRURGIA

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





SANTA MARIA DO CAMBUCA
Trabalhando com o povo

PRONTO ATENDIMENTO

Data: 02/03/2020	Hora: 15:11	Registro:
Nome: Deivide Pereira da Silva Moura		
Endereço: Rua Bela Vista	Referência:	
Bairro: Centro	Cidade: St. M. Cambuca	
Idade: 18 anos	Sexo: M	Cor: PR
Profissão:		
Responsável:		
Endereço do Responsável:		Fone:
TIPO DO ACIDENTE: ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO		
VEÍCULO: Automóvel ☐	Ônibus ☐	Moto ☐
Outro ☐	Ignorado ☐	
MODO: Atropelamento ☐	Colisão ☐	Capotagem ☐
Outro ☐	Ignorado ☐	
TIPO DO ACIDENTE: ☐ ACIDENTE DE TRABALHO		
POR: Arma de Fogo ☐	Arma Branca ☐	Espancamento ☐
Outro ☐	Ignorado ☐	
MODO: Assalto/Briga ☐	Ação Policial ☐	Agressão Sexual ☐
Outro ☐	Ignorado ☐	
TIPO DO ACIDENTE: ☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTE		
ORIGEM: Construção Civil ☐	Indústria ☐	Agricultura ☐
Comércio ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
TIPO DO ACIDENTE: ☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTE		
POR: Arma de Fogo ☐	Enforcado ☐	Drogas ☐
Queda de Nível ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
TIPO DO ACIDENTE: ☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTE		
Intoxicação Acidental ☐	Queda Acidental ☐	Afogamento ☐
Queimadura ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
LOCAL DO ACIDENTE: ☐ LOCAL DO ACIDENTE		
Via Pública ☐	Domicílio ☐	Ambiente de Trabalho ☐
Escola ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
Queixas: Pit de entrada no nível operatório, lesão extensa contusão e perfuração e fratura exposta de 5º metacarpo da mão e acidente de moto - mex. aplic. imed.		
Ap. Enfis. med.; @Alveol., @Furo		
Exame Físico: 666-15		
PA: 130x100	FC:	Pulso:
Temperatura:	HGT:	
Hipótese Diagnóstica: Fratura exposta SI TLE		
Procedimentos: 1) Limpeza + exploração do ferido	Cód.:	
2) Urticária alérgica	3) Transfusão: HRA (Sangu: 5295901)	
4) Cateter de der. 14G + tórax + monitor	5) Cateter de der. 14G + tórax + monitor	
Médico Responsável:		



HRA : 5895901

Dra. DeBora
(control)



Ortopedia

PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO 1500

Paula Davide Pereira de L. Moura, 19a
apresentando lesões cutâneas extensas e prur
esquendo, além de fratura exposta de 5º metacarpo
esquerdo, após acidente de moto. Nega
alergia medicamentosa e ingestão etílica

Do exam: Físico de dor. ECG: 15

PO: 130 x 100 mmHg

HO: Fratura exposta 5º TCE

Feb: limpa e wound occlusão
Tetanol + tetracil

Exat anchag e wound olo
ortopedia

Data 02, 03, 20

Dr. Carlos Eduardo de Arruda
25/20





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Deivide Pereira da Silva de Moura**, esteve Interno (a) nesta Unidade de Saúde no dia **02/03/2020 a 03/03/2020**. Registro : **355565**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 27 de Março 2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:11:06
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014110675400000068985795
Número do documento: 20103014110675400000068985795

[Assinatura]

sefor de Arquivo (sama)



INDEXES

2000年12月

1000

015 312 0413 355

Cinco: 541-244-7455

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

FLA 5054153

2005-05-15 05:45 PM

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

DATE: 03-21-2008
BY: 00011560-210

Copyright © 2000 by John Wiley & Sons, Inc.

이름: 성명: 성별: 나이: 직업:

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

4. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

500

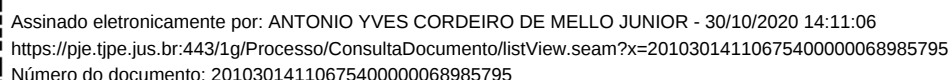
DATE: _____

5430 1515342

Project

Fig. 5

Prüfung



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

84.45

Imagem 22/35 BLOCO CIRÚRGICO *Pernambuco 23.06*

PACIENTE *Quirino Pereira da Silva de Moura* REGISTRO Nº *59126*

SALA CIRÚRGICA Nº *04* DATA *23/06*

CIRURGIA *Prost. cirúrgica de fratura de fêmur* CIRURGIÃO *Dr. Alexandre Lago*

ANESTESIA *Rapida e segura* ANESTESIOLOGISTA *Dr. Paulo*

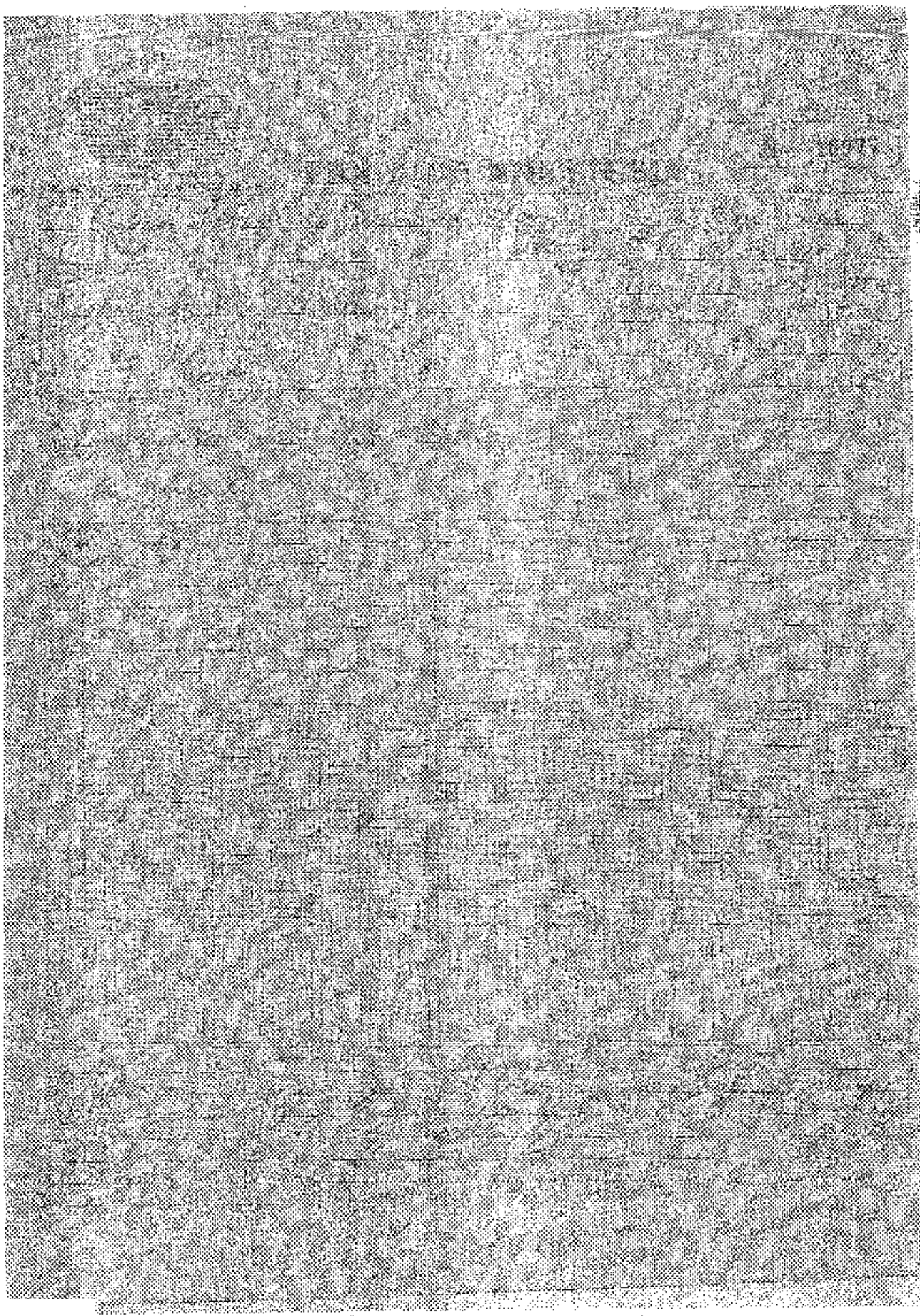
| QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | PREÇO | | QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | PR | |
|----------|----------------------|-------|-------|----------|---------------------------|-------|-------|
| | | UNIT. | TOTAL | | | UNIT. | TOTAL |
| 1 | Oxigênio | - | - | 25 | Agulha Descartável 25x03 | - | 07 |
| 1 | Água Destilada | - | 04 | 1 | Agulha para Puntura | - | - |
| 1 | Atropina | - | - | 1 | Agulha para Raqui nº 23 | - | 01 |
| 1 | Bupivacaína 0,5% | - | 51 | 1 | Medida Casaca | - | - |
| 1 | Clonidina 1g | - | 02 | 1 | Medida Crepom nº 100 | - | 02 |
| 1 | Clonidina | - | - | 1 | Cateter para Oxigênio | - | 01 |
| 1 | Desametasona 4mg | - | 01 | 1 | Cateter para Ventilação | - | - |
| 1 | Diclofenaco | - | - | 1 | Coletor de Urina Aberto | - | - |
| 1 | Dipirona | - | 02 | 1 | Coletor de Urina Fechado | - | - |
| 1 | Etilotina | - | - | 1 | Drain | - | - |
| 1 | Glucose 50% | - | - | 1 | Elétrico de Monitorização | - | 05 |
| 1 | Lidocaina | - | - | 1 | Equip. para Sangue | - | - |
| 1 | Metoclorpramida | - | - | 1 | Equip. para Soro | - | - |
| 1 | Necotigolina | - | - | 1 | Fio Cat. Cat. Cromado | - | - |
| 1 | Prometazina | - | - | 1 | Fio Cat. Cat. Simplex | - | - |
| 1 | Renitina | - | - | 1 | Fio de Agulha | - | - |
| 1 | Ringer de Lactato | - | - | 1 | Fio de Algodão | - | - |
| 1 | Soro Fisiológico | - | 20 | 1 | Fio de Nylon 2,0 | - | 05 |
| 1 | Soro Clorado | - | - | 1 | Fio de Polipropileno | - | - |
| 1 | Succinato de Estírol | - | - | 1 | Gaze 7,5x7,5 | - | 12 |
| 1 | Tenoxicam | - | - | 1 | Lâmina de Metul nº 24 | - | 02 |
| 1 | Clonidina 1g | - | - | 1 | Luvas Estéreis 7,0 | - | 02 |
| 1 | Clonidina 1g | - | - | 1 | Luvas Estéreis 7,6 | - | 02 |
| 1 | Clonidina 1g | - | - | 1 | Luvas Estéreis 8,0 | - | 02 |
| 1 | Clonidina 1g | - | 06 | 1 | Seringa 5ml | - | 03 |
| 1 | Clonidina 1g | - | 06 | 1 | Seringa 10ml | - | 03 |
| 1 | Clonidina 1g | - | 06 | 1 | Seringa 20ml | - | - |
| 1 | Clonidina 1g | - | 08 | 1 | Sonda de Foley | - | - |
| 1 | Clonidina 1g | - | 02 | 1 | Sonda Endotracheal | - | - |
| 1 | Clonidina 1g | - | - | 1 | Sonda Nasogástrica | - | - |
| 1 | Clonidina 1g | - | - | 1 | Sonda Ureteral | - | - |
| 1 | Clonidina 1g | - | - | 1 | Tubo para Aspiração | - | - |
| 1 | Clonidina 1g | - | - | 1 | Demarcação 21,5 cm | - | 04 |
| 1 | Clonidina 1g | - | - | 1 | Fio de Nylon 2,5 | - | 02 |
| SUBTOTAL | | | | SUBTOTAL | | | |
| TOTAL | | | | TOTAL | | | |

Observação: Os dados foram utilizados outros itens específicos.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 10.340.701 DATA DE EMISSÃO 29/03/2016

DEVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA >>

DAVI PEREIRA DE MOURA >>
NATALICIA MARIA DA SILVA >>

LOCALIDADE TAQUARITINGA DO NORTE - PE DATA DE NASCIMENTO 07/04/2000

DIGITO 44 CN.15020 LA13 F.182V CART.SANTA MARIA DO CAMBUCÁ PE 01.000000

ASSINATURA DEVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08R-47

DEVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 143.639.734-04

Nome DEVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

Nascimento 07/04/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:11:06
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014110675400000068985795>
 Número do documento: 20103014110675400000068985795

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153850/20

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

CPF: 143.639.734-04

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 02/03/2020

Titular do CPF: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA : 143.639.734-04

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: 02/06/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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: 4020-1586 / 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: 32.00/98058 Data da solicitação: 23/06/2020
Nome do beneficiário: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE CPF do beneficiário: 143.639.734
Nome do solicitante: MOURA CPF do solicitante: 04

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 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

ESTA 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: DOC. IMAGEM. (DESCREVER)

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

Solicito que meu processo seja reanalisado pois sofri
fratura em meu pé esquerdo, fiz todo tratamento médico
e mesmo assim me encontro com sequelas, e não fui
submetido a pericia médica por um médico indicado da
LÍDER, e foi liberado um valor muito inferior ao que tenho
direito.

SANTA MARIA DO CAMPO/PE 23/06/2020

Local e Data

+ Deivide Pereira da Silva de Moura

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 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).



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

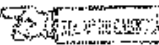
| |
|---|
| NOME: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRA |
| PROFISSÃO: REC INFORMAR |
| RG: 10.340.701 SDS/PE e CPF: 143.639.734-04 |
| DATA DO ACIDENTE: 02/03/2020 |
| COBERTURA: INVALIDEZ |
| VÍTIMA: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA |
| ENDEREÇO: RUA BELA VISTA, 12, SANTA MARIA DO CAMBUCÁ -- |
| CEP: 55765-000 |

OUTORGADO

| |
|---|
| NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO |
| PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105 |
| IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68 |
| ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE. |

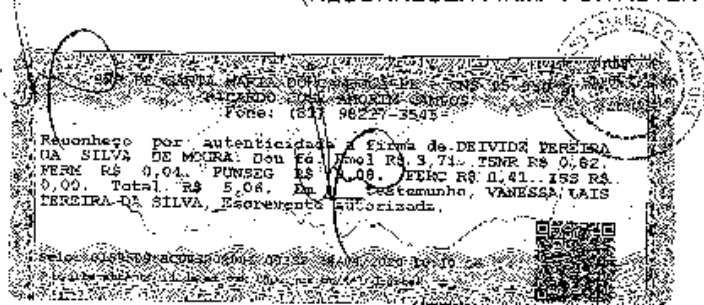
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, 16 DE MARÇO DE 2020

DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA 

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153850/20

Número do Sinistro: 3200198058

Vítima: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

CPF: 143.639.734-04

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 02/03/2020

Titular do CPF: DEIVIDE PEREIRA DA SILVA DE MOURA

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: 25/06/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

