
Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302013

Vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

Data do Acidente: 21/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

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, contados 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



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302013

Vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

Data do Acidente: 21/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

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 dos ombros

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: **AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000084756-0**

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 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302013 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES **Data do acidente:** 21/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE + FIOS DE KIRSCHENER)
ALTA MEDICA (P1/2/3/4/5FC)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

1 - CPF de vítima:

4 - Nome completo da vítima:

037.396.654-75

AMILTON LEANDRO DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 448/2013

5 - Nome completo:

AMILTON LEANDRO DE SOUZA

8 - CPF:

037.396.654-75

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

SI. CAP. TAO

9 - Número:

2100

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RURAL

12 - Cidade:

SIERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - Tel. (DD):

87.9999-1477

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA RENDA PARCELAR

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO NÃO IDENTIFICADO PARA CURADOR/TUTOR

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

☐ Bradesco (337)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

014

13

CONTA:

84756

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito ao lado)

(Informar o dígito ao lado)

(Informar o dígito ao lado)

(Informar o dígito ao lado)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas de Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

24 - Local do acidente:

25 - Grau da Paralisação com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(s):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Parceiros:

30 - Vítima deixou herança (al. reser.)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Parceiros:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não efetuada

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

SIERRA TALHADA - PE 20/08/2020

Amilton Leandro de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267002731**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2020** às **09:09**

Complementa o BO Número: **20E0267002239**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **21/5/2020** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **FAZENDA CAPITAO PROXIMO DE BOM NOME, ESTRADA DA FAZENDA CAPITAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
AMILTON LEANDRO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SOFIA DE SOUZA FEITOZA MARAIS Pai: JOSE CICERO DE MORAIS Data de Nascimento: 12/8/1978 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SITIO CAPITAO MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, DISTRITO DE BOM NOME - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, DISTRITO DE BOM NOME**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KKB9E57 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **930717732** Chassi: **9C2KC08107R198639**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTE BOE A MESMA JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTE PROCEDIMENTO QUE COMUNICA QUE EM DATA HORA E LOCAL QUANDO TRAFEGAVA PELA ESTRADA QUE DA ACESSO AO SITIO CAPITAO LOCAL ONDE RESIDE A VITIMA APOS TER PASSADO A NOITE EM UM VELORIO DE SUA AVO E ESTAVA VOLTANDO PARA SUA CASA QUANDO CHEGOU A DORMIR E PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO VINDO A CAIR ONDE TEVE A GRAVICULA DO LADO DIREITO QUEBRADA O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPAN NA DATA DE 22 DE JULHO DEVIDO MORAR LONGE DA CIDADE O MESMO FOI MEDICADO NO HOSPAM E DEPOIS TRANSFERIDO PARA A CASA DE SAUDE SAO VICENTE ONDE FOI OPERADO A MOTO SE EMCONTRA EM DE JOSE CICERO DA SILVA O QUAL E SEU GENITOR POR ESTE MOTIVO FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREITO.

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA
(VITIMA)

Amilton Leandro de Souza

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: **384864-7**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267002239**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2020** às **16:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **21/7/2020** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **FAZENDA CAPITAO PROXIMO DE BOM NOME, ESTRADA DA FAZENDA CAPITAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
AMILTON LEANDRO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SOFIA DE SOUZA FEITOZA MARAIS Pai: JOSE CICERO DE MORAIS Data de Nascimento: 12/8/1978 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SITIO CAPITAO MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, DISTRITO DE BOM NOME - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, DISTRITO DE BOM NOME**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KKB9E57 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **930717732** Chassi: **9C2KC08107R198639**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTA

BOE A MESMA JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTE PROCEDIMENTO QUE COMUNICA QUE EM DATA
HORA E LOCAL QUANDO TRAFEGAVA PELA ESTRADA QUE DA ACESSO AO SITIO CAPITAO LOCAL ONDE
RESIDE A VITIMA APOS TER PASSADO A NOITE EM UM VELORIO DE SUA AVO E ESTAVA VOLTANDO PARA
SUA CASA QUANDO CHEGOU A DORMIR E PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO VINDO A CAIR ONDE
TEVE A GRAVICULA DO LADO DIREITO QUEBRADA O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O
HOSPAN NA DATA DE 22 DE JULHO DEVIDO MORAR LONGE DA CIDADE O MESMO FOI MEDICADO NO
HOSPAM E DEPOIS TRANSFERIDO PARA A CASA DE SAUDE SAO VICENTE ONDE FOI OPERADO A MOTO SE
EMCONTRA EM DE JOSE CICERO DA SILVA O QUAL E SEU GENITOR POR ESTE MOTIVO FAZ TAL
COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREITO.

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA
(VITIMA)

Amilton Leandro de Souza

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: 384864-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

1 - CPF de vítima:

4 - Nome completo da vítima:

037.396.654-75

AMILTON LEANDRO DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 448/2013

5 - Nome completo:

AMILTON LEANDRO DE SOUZA

8 - CPF:

037.396.654-75

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

SI. CAP. TAO

9 - Número:

2100

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RURAL

12 - Cidade:

SIERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - Tel. (DD):

87.9999-1477

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 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 RENDA PARCELAR

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO NÃO IDENTIFICADO PARA CURADOR/TUTOR

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (337)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

014

13

CONTA:

84756

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

24 - Grau da Parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(s):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Parceiros:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros (além dos pais)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Parceiros:

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não efetuada

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

SIERRA TALHADA - PE 20/08/2020

Amilton Leandro de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 08/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000084756-0

Nr. da Autenticação 2EB8F581E322552E

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



CELPE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE CICERO DE MORAES

CPF: 220 451 354-15

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CAPITAO 2100

30M NOME - REGIAO RURAL/BOM NOME
SAO JOSE DO BELMONTE PE
36950-000

NUMERO DE FATURA	SERIE	DATA DE EMISSÃO
107224811	UNICA	12/05/2020
DATA DE VENCIMENTO	NUMERO DE FATURA	SERIE
12/06/2020	2001589122	3563102

7030405107	05/2020
19/05/2020	09/06/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	59,22

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSO	91,0000000	0,32372591	31,07
Consumo Ativo (kWh)-TE	91,0000000	0,27026268	28,13
ICMS Subvenção-CDE-NF 100164228-11/03/20			0,40
Multa por atraso-NF 103641064-08/04/20			1,01
Juros por atraso-NF 103641064-09/04/20			0,35
Atualização IGPIA-NF 103641064-09/04/20			0,28

TOTAL DA FATURA,

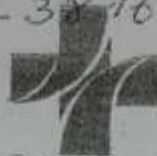
59,22

Fax: 8799996-3802 -

87-95841-3816



PERNAMBUCO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

9996 3802

(47005)

11:49

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 29

Data: 22-05-2016	Horas: 11:56
Nome: Jurelton Leonardo de Sousa Moura	
Nome Social:	Profissão: Arquiteto
Nascimento: 12-05-18	Sexo: M
Escolaridade:	Estado Civil: Solteiro
Mãe: Sora de Sousa Feitosa Moura	Responsável:
Endereço: R. Capote	
Bairro:	Município: Recife
Cartão SUS:	RG/CPF: 55.571.009-7
Raça/Cor:	Branca
Preja:	Preja
Parde:	Parde
Amarela:	Amarela
Indígena:	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☒ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

Requer dor em clavícula D após queda de moto ontem

UASD DMO

PA: 120 X 80	Pulsos:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso: Nega.						
Intolerâncias/Alergias: Nega.						
Fluxograma: Ao Ortopedista / clínico	Carimbo e Assinatura:					

Maria Vitoria S. Bezerra
CRM-PE 341.924

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Pac. comparece com queixa de queda de moto há aprox. 30h e se queixa de dor em topografia de clavícula D.
Nega alergia a medicamentos.

Tratamento:

- 1) Radiografia de braço em PA e perf.
- 2) Radiografia de ombro D. em AP e perf.
- 3) Voltaren - 100mg, 1x
- 4) Dipirona - 1 Ampola, 1x

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de clavícula

Carimbo e Assinatura:

Paciente, encaminhado p/ H. sem lesões

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbitos	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras questões:

Pit. retorna com a radiografia solicitada,
a qual mostra fratura de clavícula D.
CD: Transfêrencia



Exames Solicitados:

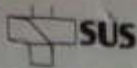
- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Hemograma | ☐ LCR | ☐ _____ |
| ☐ Glicose | ☐ HTV | ☐ _____ |
| ☐ Uréia | ☐ VDRL | ☐ _____ |
| ☐ Creatinina | ☐ CHAM | ☐ _____ |
| ☐ Iodograma | ☐ Triponina | ☐ _____ |
| ☐ Leucograma | ☐ _____ | ☐ _____ |
| ☐ Eletrograma | ☐ _____ | ☐ _____ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar



Ministério da Saúde
União de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

248860

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 6 1 2 3 9 5 4 5 4 8 0 0 0 5

8 - DATA DE NASCIMENTO

12 / 08 / 1978

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

SOFIA DE SOUZA FEITOZA MORAES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO CAPITAO Nº 2100 BOM NOME

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SÃO JOSE DO BELMONTE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2613503

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 9 5 0 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão por queda MS D, deprimida, de necessidade de internação, edema de membros inferiores, de necessidade de internação.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de internação

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

Exames realizados em SP, frequência de internação.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atendimento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0404010150

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antonio Rodrigues de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/05/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

262010489553-0

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

03.272.274-15 CRM: 8803

Med. Antonio Rodrigues de Freitas

XI GERS

26.05 a 28.05.2020



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 26/05/2020	Atendimento: 0036408	Quarto/leito: 306 / 1
Paciente: 00248860 - AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES		
Data Nasc: 12/08/1978	Idade: 41 Anos	Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro		
Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: JOSE CICERO DE MORAES	Nome Mãe: SOFIA DE SOUZA FEITOZA MORAES	
Endereço: SITIO CAPITAO, 2100	- BOM NOME - SAO JOSE DO BEL - PE	
Telefones: () . / () . / (87) 9996.3802		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Agressão ()	Suicídio ()	Casual ()
Outros ()		
Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: () .	
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
<i>Doença Periférica RSD</i> <i>de pericardite pericardite</i> <i>de M. Aorta D. de M. Aorta</i> <i>de M. Aorta D. de M. Aorta</i> <i>de M. Aorta D. de M. Aorta</i>		
Diagnóstico Inicial:	FRAT. CERVICAL (D)	
SADT:		
Diagnóstico Final:		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X) Inalterado () Piorando () Óbito + 48h () Óbito - 48h () Óbito em ____/____/____ Hora : ____	Descrição Médica (X) Alta a Pedido () Transferência () Evasão () Indisciplina ()	Data do Internamento: 26.5.20 Data da Alta: 28.05.20 Local: _____ Médico Responsável: _____ Pedro Aureliano Amorim de Carvalho CPF: 024.223.204-30 CRM: 18658

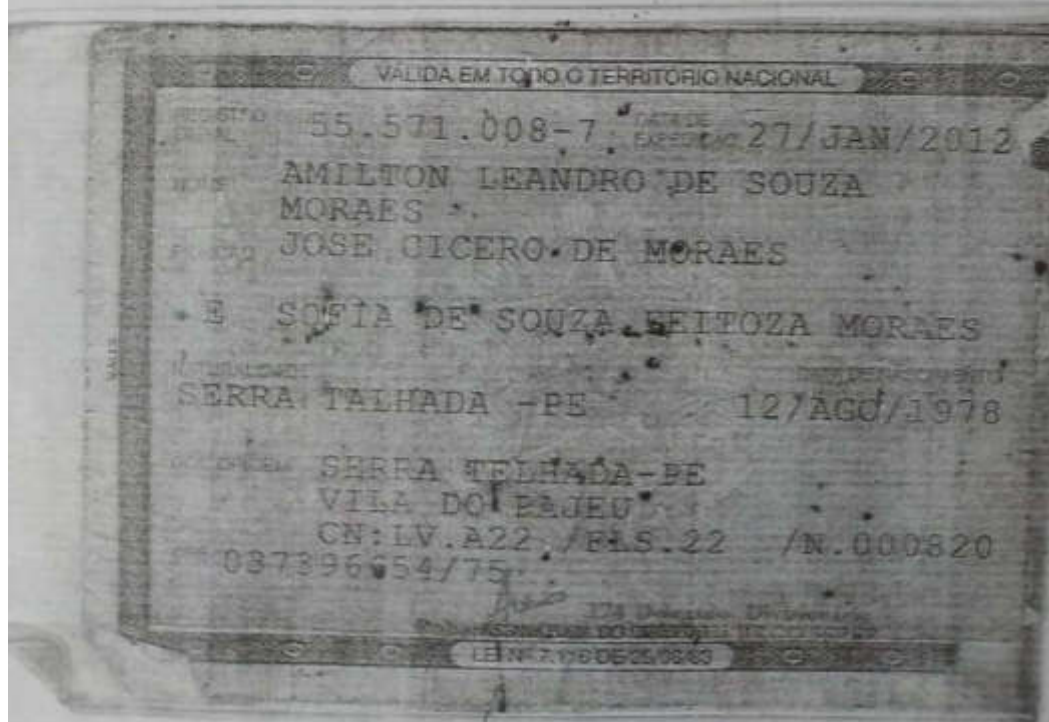


Horseshoe Shoal 540 Yh, 1000

Hospital São Vicente

Data Atend: 26/05/2020	Atendimento: 0036408	Quarto/leito: 306 / 1
Paciente: 00248860 - AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES		
Cirurgia Realizada:	N. do Procedimento:	
Osteossintese Laminectomia	04080/0150	
Data: 27/05/2020	Início:	Término
Cirurgião: EUGENIO		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Vitor		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:	Abertura de acesso mediante laminectomia, realizada fazendo-se incisão superior e lateral e sendo feita a abertura do plano Hypoglossum pelo foramecillo plano de fundo forado, de modo a obter acesso vascular O fio KIRSCHMANN IO. Super Pier. Plano e definitivo	
	Assinatura do Cirurgião	

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.003-25



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015313384370
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAL	RNTIC	EXERCÍCIO
1	930717732	*****	2020

NOME
JOSE CICERO DE MORAES

3ERRA TALHADA-PE

OPF/CNPJ	PLACA
220.461.354-15	KKB9E57
PLACA ANT/JUF	CHASSI
KKB9457/PE	9C2KC08107R199639

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS MOTOCICLETA	GASOLINA	
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN K3	2001	2007
CAP/POT/IGL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
28/149CL	PARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
1	IPVA 2020 QUITADO	1º *****
P		2º *****
V	FAPVA	3º *****
A		*****
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
8.10	0.05	12.30
DATA DE PAGAMENTO		
21/02/20		

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

3ERRA TALHADA-PE

02/07/20

Robert Carlos Moreira Fontelles
REATOR PRESENTE NRTVAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 015313384370 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE CICERO DE MORAES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2020	09/07/20	
3ERRA TALHADA-PE		
OPF/CNPJ	PLACA	
220.461.354-15	KKB9E57	
RENAVAM	MARCA/MODELO	
930717732	HONDA/CG 150 TITAN K3	
ANO FAB	CAT. DAP	Nº CHASSI
2007	09	9C2KC08107R199639
PRÊMIO TARIFÁRIO		
PN6 (R\$)	DENAVTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
2.55	0.41	4.05
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO DESPESAS (R\$)
4.15	0.05	12.30
COTA UNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☒	☐ PARCELADO	21/02/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE. CORTAR AQUI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236844/20

Vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

CPF: 037.396.654-75

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 21/05/2020

Titular do CPF: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES : 037.396.654-75

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: 24/08/2020
Nome: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES
CPF: 037.396.654-75

AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES