

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200367309

Vítima: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

Data do Acidente: 11/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

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 punhos

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: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 00000914

Conta: 0000044328-0

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



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200367309

Vítima: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

Data do Acidente: 11/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200367309

Vítima: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

Data do Acidente: 11/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

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

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200367309

Vítima: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

Data do Acidente: 11/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

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

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____
 3 - CPF da vítima: 025.097.244-10
 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA Neto

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

5 - Nome completo: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA Neto
 6 - CPF: 025.097.244-10

7 - Profissão: ALTO MOVO
 8 - Endereço: DA GLORIA
 9 - Número: 576
 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ALTO BOJESUS
 12 - Cidade: SERRA TALHADA
 13 - Estado: PE
 14 - CEP: 56.906.080

15 - E-mail: _____
 16 - Tel. (DD) _____
 17 - Celular: 99998-1422

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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:
 ☒ RECURSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00
 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:
 ☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)
 ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (337)
 ☐ Itaú (341)
 ☐ Banco do Brasil (001)
 ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914 13
 CONTA: 44328 0

Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____
 CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT o 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 perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- o 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, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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, de acordo com seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: _____
 24 - Civilidade: _____
 25 - Vítila deixou dependentes(s): ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítila deixou dependentes(s): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou dependentes(s), informar o nome completo: _____

28 - Vítila teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não
 30 - Vítila deixou herança (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítila teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não
 33 - Vítila deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Deixo claro de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à qualque beneficiário que se apresentar com a prova desta condição, atendo, 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 legal de quem assina o pedido (a rgo): _____
 36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rgo): _____
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura do testemunha: _____

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura do testemunha: _____

40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE 13/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Ferreira de Sousa Neto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267002491**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/08/2020** às **11:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **11/7/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BR 232, ASSAI SUPERMERCADO - 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:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO**
FERREIRA DE SOUSA NETO

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

FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BRIGIDA
RODRIGUES DE SOUSA Pai: ANTONIO FERREIRA DE SOUSA Data de Nascimento: 1/7/1977 Naturalidade: SERRA
TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 540438/SSSP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª.
GRAU COMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:
- 87999732831

Residencial: **RUA DA GLORIA BAIRRO BOM JESUS, LAVA JATO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 576 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA**
TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, LAVA JATO

DESCONHECIDO (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): FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO, que estava em
posse do(a) Sr(a): FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/FURY Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: **QYH3A72 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: 122445404 Chassi: 9C2KC200LR115201**
Ano Fabricação/Modelo: **2020/2020 Combustível: ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTE BOE A MESMA JA QUALIFICADA NESTE PROCEDIMENTO QUE COMUNICA QUE EM DATA LOCAL E HORA QUANDO O MESMO TRANSITAVA PELA BR 232 PROXIMO DO ASSAI SUPERMERCADO FOI SURPRENDIDO POR UM VEICULO CONDUZIDO POR PESSOA DESCONHECIDA QUE FOI ENTRAR EM DIREÇÃO AO ASSAI NAO DANDO NEM UMA SINALIZAÇÃO E BATEU NA MATO DA VITIMA BATIDA ESTA DO LADO ESQUERDO VINDO A VITIMA A CAIR ONDE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPAM E O ACUSADO TOMOU DESTINO INGNORADO NAO PRESTANTO SOCCORRO A VITIMA QUE TEVE O SEU BRAÇO ESQUERDO QUEBRADO ONDE FOI MEDICADO NO HOSPAM A REFERIDA MOTO DO ACIDENTE SE EMCONTRA EM NOME DE FRANCISCO NUNES MOURATO O QUAL TINHA EMPRESTADO A MOTO PARA A VITIMA E POR ESTES MOTIVO FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREITO.

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

FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO
(VITIMA)

Francisco Ferreira de Sousa
NETO

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora **LÍDER**
Administradora do Seguro DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **025.097.244-10** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA Neto**

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

5 - Nome completo: **FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA Neto** 6 - CPF: **025.097.244-10**

7 - Profissão: **ALTO MOVO** 8 - Endereço: **DA GLORIA** 9 - Número: **576** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **ALTO BOM JESUS** 12 - Cidade: **SERRA TALHADA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56.906.080**

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DD) _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (337) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **914** **13** CONTA: **44328** **0**

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 o que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que 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, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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, de acordo com o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: _____ 24 - Civilidade: _____ 25 - Vítila deixou dependentes(s): ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítila deixou dependentes(s): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítila deixou dependentes(s), informar o nome completo

28 - Vítila tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____

30 - Vítila deixou esposa? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítila teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____

33 - Vítila deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

34 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

35 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

36 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

37 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

38 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

39 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

40 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

41 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

42 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

43 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

44 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

45 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

46 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

47 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

48 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

49 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

50 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

51 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

52 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

53 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

54 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

55 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

56 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

57 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

58 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

59 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

60 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

61 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

62 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

63 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

64 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

65 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

66 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

67 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

68 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

69 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

70 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

71 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

72 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

73 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

74 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

75 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

76 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

77 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

78 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

79 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

80 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

81 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

82 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

83 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

84 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

85 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

86 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

87 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

88 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

89 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

90 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

91 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

92 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

93 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

94 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

95 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

96 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

97 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

98 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

99 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

100 - Vítila deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não efetuada

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rgo): _____

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rgo): _____

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

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: **SERRA TALHADA - PE 13/10/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Francisco Ferreira de Sousa Neto**

42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

43 - Assinatura do Representante Legal (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: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000044328-0

Nr. da Autenticação 6CADAA0285044F5C

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 711, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.535.932/0001-09 (Insc. Est. 0005943-03) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

EMPRESA: CELPE ENERGIA S.A. - MECA PERNAMBUCO

CPF: 025.007.344-10 (Nº) - 00019840303

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

VAL: 06/2020/076

ALTO BOM JESUS/CERRA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 56005-080

CLASSIFICAÇÃO

TIPO DE UNIDADE: RESIDENCIAL
 RUA: RUA ALEXANDRE DE MORAES
 MONITORAMENTO

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
117249511	UNICA	16/06/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
16/06/2020	00119426201	0056903

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7028233617	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PROXIMA LEITURA
23/06/2020	15/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	2,69

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo T-150 até 30 kWh	30,0000000	0,00000000	0,00
Consumo T-150 superior a 30 até 100 kWh	69,0000000	0,00000002	0,00
Consumo T-1 até 30 kWh	30,0000000	0,00000003	0,00
Consumo T-1 superior a 30 até 100 kWh	69,0000000	0,00000002	0,00
Consumo BOM: Padrão Municipal			2,69

2,69

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

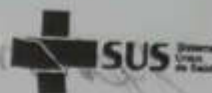
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
1172495182	CEI	16-06-2020	2576,00	16-06-2020	2627,00	21	1,00000		99,00



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROF. AGAMENON MAGALHÃES



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 24

Data:	30/01/2020	Hora:	14:43
Nome:	Francisco Fenecha de Sousa Neto	Profissão:	Professor
Nome Social:		Estado Civil:	Casado
Nascimento:	02/01/77	Sexo:	M
Escolaridade:	5ª série	Responsável:	
Mãe:	Brigida Rodrigues de Sousa		9.9933.4456
Endereço:	R. da Glória N. 516		
Bairro:	B. Jesus	Município:	Itaíba
Cartão SUS:		Fone:	9.9936.2833
Raça/Cor:	Branca	RG/CPF:	5409498-551R

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

☒ AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa: Paciente vítima de queda de motorcycle há 30 minutos. Em estado consciente. Refor dor no abdômen. Apresenta mancha de ecimose, refusa dor no antebraço (E).

PA: 120/80 Pulso: 96 HGT: 170 T: 36,5 SpO2: 98% Peso: 75 Glasgow: 15

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma: 40 cirurgia geral

Carimbo e Assinatura: Daniel G. V. Lucena
Enfermeiro
CORENPE 285.556

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

- A - na área punho
- 3 - no abdômen AIT n/ea, n/impulso
- C - abdômen mole / sem bar
- D - pulsos presentes no fêmur
- E - dificuldade a andar no antebraço devido ao trauma.

Tratamento:

- 1) Sfo, fix 500ml EV
- 2) Dipirona 1g - 1 ampola + AD EV
- 3) Rx de antebraço (E), cotovelo (E), punho (E).

Hipótese Diagnóstica:

trauma

Carimbo e Assinatura:

Dr. João Otávio Moraes Röttem
Cirurgião Geral / MR Proctologia
CRM-AL 8.135 / CRM-PE 25.789



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

31 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 5 1 7 1 2 4

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

404498

NOME ATEND.

6 - DIS. PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

4363

9 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2031884038800021

10 - DATA DE NASCIMENTO

01/07/1974

11 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Francisco Lima de S. Neto

13 - TELEFONE DE CONTATO

8499943251

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua da Glória, 376

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Bárbara

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

0261220

17 - UF

PE

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

TRAUMA EM PUNHO APÓS QUEDA.

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

RX.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE ANTEBRAÇO

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S52.3

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TC CIRURGICO NO ANTEBRAÇO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

04.08.02.0423

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Eberhard
CRM: 15.122
CPF: 882.123.54.20

13/07/2020

Dr. Francisco Anselmo Maranhães
CRM: 12.123.456.789
CPF: 123.456.789.012

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURA

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORÇÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL (AIH)

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR(A)

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO: 21/07/20

DATA DA ALTA: 23/07/20

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTD.

CLÍNICA

CIRURGICA

Data de Atendimento: 21/07/2020

Prontuário: 00047363

Registro: 00100450

Convênio: SUS INTE INACAO

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

Data de Nascimento: 01/07/1977

Idade: 43 Anos

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: PEDREIRO

Naturalidade:

Nacionalidade:

Pai: ANTONIO FERREIRA DE SOUSA

Mãe: BRIGIDA RODRIGUES L E SOUSA

Nº: 375

Endereço: RUA DA GLORIA

Bairro: ALTO B JESUS

Cidade: SERRA TALHADA

Estado: PE

Telefone: 999732831

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Assistência Transito: []

Acidente de Trabalho: []

Outros Acidentes: []

Agredido: []

Suicídio: []

Casual: []

Outros: []

Nome do Acompanhante:

Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

- TRAUMA EM PUNHO APÓS QUEDA

Diagnóstico Inicial:

FRATURA NO ANTEBRAÇO

SADT

Diagnóstico Final:

O HES NÚ

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada: []

Decisão Médica: []

Inalterado: []

Alta a Pedido: []

Piorado: []

Transferência: []

Óbito+48h: []

Evasão: []

Óbito-48h: []

Indisciplina: []

Óbito em: / /

Hora: / /

Data do Internamento: 21/07/2020

Data da Alta: / /

Médico Responsável:

		Nº do Procedimento
Início:	Término:	
1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiista:

CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO
- 01 PLACA RETA 3,5 OXFORD
- 04 PARAFUSOS CORTICAIS NO 30+03
- 03 PARAFUSOS CORTICAIS NO 32.

Dr. Eberone A. Silva
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 15.122
 CPF: 882.723.544-20
 Assinatura do Cirurgião

Clínica Médica Especializada

Dr. João César da Cunha

CEN. PE 10990
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA
Fones: (87) 3831.1301 / 8 9991.5689

FRANCISCO FERREIRA DE SOUZA

DATA E LOCAL DO ACIDENTE: 11/07/2020, BR 232, na entrada do Assai-Serra Talhada-PE.

TIPO DE ACIDENTE: Colisão Moto com Carro

LESÕES DECORRENTES: Fratura de Antebraço esquerdo

PRIMEIRO HOSPITAL: HOSPAM

HOSPITAL QUE FOI TRANSFERIDO: Hospital São Francisco Anselmo LTDA-Serra Talhada-PE

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico com colocação de 01 placa reta e 07 parafusos corticais.

EXAME FÍSICO E SEQUELAS: Edema importante no antebraço esquerdo, cicatriz queloidiana externa, não consegue supinação completa do antebraço esquerdo, só consegue pegar até no máximo 3 a 4 kg com a mão esquerda, não consegue fazer alvenaria com auxílio do membro superior esquerdo, déficit laboral em 80% para realizar as funções como pedreiro, com alta médica definitiva em 03 de Novembro 2020.

Serra Talhada, 03 de Novembro de 2020.

Dr. João César da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM - 10990

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 014961230193

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1224455043	*****	2020

NOME
FRANCISCO NUNES MOURATO
SERRA TALHADA - PE

CPF/CNPJ	PLACA
887.049.849-49	CYH3A72

PLACA ANT./UF	CHASSI
*****	9C2KC330DLR113201

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 160 FAN	2020	2020

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/152CL	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
IPVA 2020 QUITADO		1ª*****
FAIXA (IPVA)	PARCELAMENTO/COTAS	2ª*****
1	*****	3ª*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
8.10	0.05	12.60	02/03/20

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO HONDA SA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA
Roberto Fontelles

LOCAL	DATA
SERRA TALHADA - PE	02/03/20

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULOS - DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200367309 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO **Data do acidente:** 11/07/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 4.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

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



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:

Data da solicitação: DD/MM/AA

Nome do beneficiário: FRANCISCO FERREIRA DE SOUZA

CPF do beneficiário: 035.097.244-10

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (DD) 99998-1477

Tel. Comercial: (DD) _____

Tel. Residencial: (DD) _____

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

SERRA TALHADA - PE 05/14/2020
Local e Data
Francisco Ferreira de Souza Neto
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, e seu pedido (a rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290205/20

Número do Sinistro: 3200367309

Vítima: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

CPF: 025.097.244-10

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

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: 09/11/2020

Nome: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

CPF: 025.097.244-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2020

Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

CPF: 008.614.524-02

FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES