

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

---

Rio de Janeiro, 30 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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:

<b>Relatório da análise médica presencial Líder</b>	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

<input type="checkbox"/> 6 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> 7 - DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> 8 - INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> 9 - MORTE	
10 - N° do sinistro ou ASU		11 - CPF da vítima: <b>025.092.244-10</b> 12 - Nome completo da vítima: <b>FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO</b>	
13 - REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E NÚMERO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 00468/2013			
14 - Nome completo: <b>FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO</b>		15 - CPF: <b>025.092.244-10</b>	
16 - Profissão: <b>ALTO BOM JESUS</b>		17 - Endereço: <b>DA GLORIA</b>	
18 - Bairro: <b>ALTO BOM JESUS</b>		19 - Cidade: <b>SERRA TALHADA PE</b>	
20 - E-mail:		21 - Telefone: <b>56.906.080</b> <b>3299398-5427</b>	
22 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
23 - Nome completo do Representante Legal:		24 - Profissão do Representante Legal:	
25 - CPF do Representante Legal:		26 - Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
27 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		28 - RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
29 - DADOS BANCÁRIOS:		30 - CONTA CORRENTE (caso de bancos)	
31 - Agência: <b>914</b> Conta: <b>44328 0</b> (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)		Nome do BANCO: _____ Agência: _____ Conta: _____ (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
32 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
33 - 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 Nao 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 não 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 do automotorista, 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, se discordar do seu conteúdo.			
34 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
35 - Relação com a vítima: - Civil devido		36 - Vítima deixou compenheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 37 - Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome completo	
38 - União da Parceria com a vítima: - Civil devido		39 - Vítima deixou filho(s), informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 40 - Vítima deixou herdeiro(s) (se houver): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 41 - Vítima teve irmão(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 42 - Se tinha irmão(s), informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 43 - Vítima deixou pelo(s) herdeiro(s)	
44 - Declaro claramente que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, atendendo clara, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.			
45 - Impressão digital de vítima ou beneficiário não efetuado		46 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) _____ 47 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) _____ 48 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo) _____	
49 - Local e Data: _____		50 - Assinatura da testemunha _____	
51 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		52 - Assinatura da testemunha _____	
53 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		54 - Assinatura da testemunha _____	
55 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		56 - Assinatura da testemunha _____	
57 - Assinatura do Procurador (se houver)		58 - Assinatura da testemunha _____	



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177 CIRC  
DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **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 periodo 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 PÚBLICA**

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: **1º 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 SURPREENDIDO POR UM VEICULO CONDUZIDO POR PESSOA DESCONHECIDA QUE FOI ENTRAR EM DIREÇAO 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 SOCORRO A VITIMA QUE TEVE O SEU BRAÇO ESQUERDO QUEBRADO ONDE FOI MEDICADO NO HOSPAM A REFERIDA MOTO DO ACIDENTE SE ENCONTRA 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)

*X Francisco Ferreira de Serra  
NETO*

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<input type="checkbox"/> 6 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> 7 - DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> 8 - INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> 9 - MORTE	
10 - N° do sinistro ou ASU		11 - CPF da vítima: <b>025.092.244-10</b> 12 - Nome completo da vítima: <b>FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO</b>	
13 - REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E NÚMERO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 00468/2013			
14 - Nome completo: <b>FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO</b>		15 - CPF: <b>025.092.244-10</b>	
16 - Profissão: <b>ALTO BOM JESUS</b>		17 - Endereço: <b>DA GLORIA</b>	
18 - Bairro: <b>ALTO BOM JESUS</b>		19 - Cidade: <b>SERRA TALHADA PE</b>	
20 - E-mail:		21 - Telefone: <b>56.906.080</b> <b>3799398-5427</b>	
22 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
23 - Nome completo do Representante Legal:		24 - Profissão do Representante Legal:	
25 - CPF do Representante Legal:		26 - Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
27 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		28 - RECLAMO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
29 - DADOS BANCÁRIOS:		30 - CONTA CORRENTE (caso de bancos)	
31 - Agência: <b>914</b> Conta: <b>44328 0</b> (Inserir o dígito se usado) (Inserir o dígito se usado)		32 - Nome do BANCO: _____ 33 - Agência: _____ Conta: _____ (Inserir o dígito se usado) (Inserir o dígito se usado)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
34 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
35 - 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 Nao 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 não pedido.			
36 - 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 de laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do 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, se discordar do seu conteúdo.			
37 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
38 - 1º - Local de falecimento: _____ 39 - 2º - Local de sepultamento: _____		40 - 3º - Local de sepultamento: _____	
41 - 4º - Local de sepultamento: _____		42 - 5º - Local de sepultamento: _____	
43 - Único parentesco com a vítima: <b>25 - Vítima deixou compenheiro(a):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		44 - Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome completo: _____	
45 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		46 - Se tinha filhos, informar: <b>26 - Vítima deixou herdeiro (s) falecidos:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
47 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		48 - Se tinha filhos, informar: <b>27 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
49 - Declaro claramente que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, atendendo clara, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.			
50 - Imprensa digital de vítima ou beneficiário não efetuado		51 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	
52 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)		53 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	
54 - Local e Data:		55 - Assinatura da testemunha	
56 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		57 - Assinatura da testemunha	
58 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		59 - Assinatura da testemunha	
60 - Assinatura do Procurador (se houver)		61 - Assinatura da testemunha	

# 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 6CADA0285044F5C

**CELPE**

Companhia Energética do Pernambuco  
 Av. 10 de Novembro, 711, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50000-002  
 CNPJ 10.535.932/0001-08 | Inscrição Est. 0005949-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

Fazenda das Flores, 1000 - Centro - PE - 50000-000

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

FAZENDA DAS FLORES - 50000-000

ALTO BOM JESUS/CERRA TALHADA  
 SERRA TALHADA/PE  
 50006-080

**CLASSIFICAÇÃO**

1 - ELETRODOMÉSTICO  
 2 - ELETROAPARELHAGEM DOMÉSTICA  
 Monitoramento

Nº DA NOTA FISCAL	Nº DA SÉRIE	EMISSÃO
1172483114	UNICA	10/06/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
16/06/2020	3010426501	3058903

NOTA CONTRATO	MÊS/ANO
7028233617	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAVISTA PRÓXIMA LEITURA
23/06/2020	15/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 2.69

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo T-1 de 0 a 30 kWh	30,0000000	0,00000003	0,00
Consumo T-1 superior a 30 até 100 kWh	69,0000000	0,00000002	0,00
Consumo T-1 de 30 a 100 kWh	30,0000000	0,00000003	0,00
Consumo T-1 superior a 100 a 160 kWh	69,0000000	0,00000002	0,00
Consumo T-160: Faturamento fixo			2,69

Fazenda das Flores - 50000-000

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

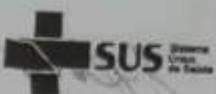
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	N. DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3172483114	345	10-06-2020	257,00	16-06-2020	262,00	6	100000		50,00



ESTADO DE PERNAMBUCO  
MAIS TRABALHO, MAIS PECAS



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



9913-2831

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 24

Data:	14/10/2020	Hora:	21h.45
Nome:	Francisco Seneiro de Souza Neto		
Nome Social:			
Nascimento:	01/07/77	Sexo:	
Escolaridade:	Série	Profissão:	Padeiro
Mãe:	Brigida Rodrigues de Souza 9.9993-4456		
Endereço:	R. Glória 16		
Bairro:	B. Júnior		
Cartão SUS:	M218		
Raça/Cor:	Branca	Preta	<input checked="" type="checkbox"/> Parda
	Amarela	Indígena	

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

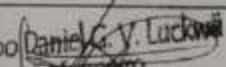
Situação/Queixa: Paciente vítima de queda de moto destruindo  
30 mantes. Em uso de cintos. Mofa dentro os confins.  
apresentam dor de embusquez. refira dor no estômago.

PA: - | Peso: - | HGT: - | T: - | SpO2: - | Peso: - | Glasgow: 15

Medicações em uso: -

Intolerâncias/Alergias: -

Fluxograma: (4) Cirurgia geral

Carimbo e Assinatura:   
Daniel G. V. Lucknow  
CIRURGIA GERAL  
COTENPE 285.556

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

a - na nova piora  
b - mola RHT r/ra, r/ruptura  
c - adens molar /pela lura  
d - mors molar m/ft  
e - dificuldade r/char os molar, ligar  
os molar lura.

Tratamento:

① sfo, 4% 700ml cr

② sifonam 1g - 1 molar + 1r cr

③ Rx de ouro (E), catraca (E), prata (E).

Hipótese Diagnóstica:

trauma

Carimbo e Assinatura:

Dr. João Otávio Moraes Rotti  
Cirurgião Geral /MR Proctologia  
CRM-AL 8.135/CRM-PE 25.799



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

SAC/FRANCISCO

2517124

4 CNES

2517124

## Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

40144198

NOME ATEND.

5- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

203188403818100121

6- SIS PRENATAL

7- SENHA / REGULAÇÃO

8- N° DO PRONTUÁRIO

47363

8- NOME DO PACIENTE

Francisco Ferreira dos S. Neto

9- DATA DE NASCIMENTO

01/07/1987

10- RENDA

Masc.  Fem. 

12- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Brigida Rodrigues da Silva

13- DDD

84 019943251

14- ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)

rua da Glória, 346

15- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sumaré

16- COD. IBGE MUNICÍPIO

0261220

17- UF

PE

18- CEP

19- HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TRAUMA em PUNHO APÓS Queda.

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

nx.

21- DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de antebraço

22- CID 10 PRINCIPAL

S.52.3

23- DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24- CID 10 SECUNDÁRIO

25- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

TC cirúrgico no antebraço

28- CLÍNICA

29- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30- DOCUMENTO

31- N° DO CLEMENTE (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27- N° DO PROCEDIMENTO

0408.02.0423

32- ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33- DATA DA SOLICITAÇÃO

34- ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr Francisco Anselmo Marinho  
CRM: 1281000354-9  
CRM: 3322

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35- ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- ( ) CNIS DA SEGURADORA

38- N° DO RENHETE

47- N° RENH

36- ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37- ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39- N° DO RENHETE

48- N° RENH

44- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45- ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

46- ( ) AUTÔNOMO

47- ( ) DESEMPREGADO

48- ( ) APOSENTADO

49- ( ) NÃO SEGURA

## AUTORIZAÇÃO

46- COD. ORGÃO EMISSOR

51- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL (AIH)

45- CODIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

47- DOCUMENTO

48- N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49- DATA DA AUTORIZAÇÃO

50- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

52- MOTIVO DA ALTA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

53- DATA DA INTERNAÇÃO 21/07/20

54- DATA DA ALTA 23/07/20

## HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTD.

## CLÍNICA

## CIRURGICA

Atendimento: 21/07/2020	Prontuário: 00047363	Registro: 00100450	Convênio: SUS/INTE/INACAO
ACABO DO PACIENTE: FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO			
Sexo: Masculino	Idade: 43 Anos	Sexo: MASCULINO	Cor: Parda
Estado Civil: SOLTEIRO(A)	Profissão: PEDREIRO	Naturalidade:	Nacionalidade:
Pai: ANTONIO FERREIRA DE SOUSA		Mãe: BRIGIDA RODRIGUES DE SOUSA	
Endereço: RUA DA GLORIA			
Bairro: ALTO DE JESUS		Estado: PE	Telefone: 899732531
ELEMENTOS DA CORRÊNCIA			
Acidente de Trânsito: [ ]	Acidente de Trabalho: [ ]	Outras Acidentes: [ ]	Agredido: [ ]
Brutalizado: [ ]	Casual: [ ]	Outros: [ ]	Telefone para Contato: [ ]
Nome do Acompanhante: [ ]			
Endereço: [ ]			
Local da Ocorrência: [ ]			
ANAMISES E EXAMES FÍSICOS			
<p>Fratura em punho. APOS Queda</p> <p>- trauma em punho</p>			
<p>Diagnóstico Inicial: FRACTURA NO ANTEBRAÇO</p>			
<p>S.A.D.T.</p>			
<p>Diagnóstico Final: O MENSAGEM</p>			
Data do Atendimento	Data do Aferimento	Data do Internamento: 21/07/2020	
Melhorado: [ ]	Decisão Médica: [ ]	Data da Alta: [ ]	
Inalterado: [ ]	Alta a Pedido: [ ]	Médico Responsável: [ ]	
Piorado: [ ]	Transferência: [ ]		
Óbito+48h: [ ]	Evasão: [ ]		
Óbito-48h: [ ]	Indisciplina: [ ]		
Óbito em: [ ]	Hora: [ ]		

			Nº do Procedimento
	Inicio:	Término:	
	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO

- 01 BURCA RETA 3,5 07 Furos
- 04 PARMARUSOS CONICAZ. NO 30+03
- 03 PARMARUSOS CONICAZ NO 32.

Dr. Elenor A. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 15.122  
CPF: 882.723.544-20

Assinatura do Cirurgião

# Clínica Médica Especializada

Dr. João César da Cunha

CRM-PE 10990  
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO  
ENDOCRINOLOGIA  
Fone: (87) 3831-1801 / 9 9991-5389

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 ate no máximo 3 a 4 kg com a mão esquerda, não consegue fazer alvenaria com auxilio 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.

Drº 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 VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	122445604	*****	2020

NOME	FRANCISCO NUNES MOURATO
SERIAL	1234567890
SERRA TALHADA - PE	

CPF/CNPJ	PLACA
357.049.899-10	YH3A72

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	ACERCE20PLR115201

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PLAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

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

CAP/POT/CIL	CATEGÓRIA	COR PREDOMINANTE
2F/152CL	PARTIC	VERMELHA

I P V A	COTA UNICA IPVA 2020 QUITADO	VENC. COTA UNICA PAIXA IPVA	VENC/COTAS 1º***** 2º***** 3º*****
	PARCELAMENTO/COTAS *****		

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
0.10	0.05	12.00	02/03/20

OBSERVAÇÕES		
AL. FID. BANCO HONDA SA		

LOCAL	DATA
SERRA TALHADA - PE	02/03/20

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLIES	
-----------------------------------	--

REITOR PREDATORPE - DETRAN/PE	
-------------------------------	--

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: *FRANCISCO FERREIRA DE SOUZA*

CPF do beneficiário: *075.097.244-10*

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: *(89) 19.9998-1477*

Tel. Comercial: *(89) 3222-1200*

Tel. Residencial: *(89) 3222-1200*

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

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

Novos documentos médicos

Laudo do IML

Boletim de Ocorrência

Notas fiscais complementares

Outros:

(DESCRVER)

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

*SERRA TALHADA - PE 05/11/2020*  
Local e Data  
*Francisco Ferreira de souza Neto*  
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

### IMPORTANTES:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escrever pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, e seu pedido será atendido.

# 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/07/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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