



Número: **0001786-14.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **14/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73282548	07/01/2021 13:46	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01533/01534 - carta_02 - INVALIDEZ

00020767



Carta nº 16345404





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01385/01386 - carta_02 - INVALIDEZ

00030693



Carta nº 16385672





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01161/01162 - carta_03 - INVALIDEZ

00030581



Carta nº 16423243





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora		INVALEZ PERMANENTE		MORTE			
Especifique o(s) tipo(s) da cobertura:		<input type="checkbox"/> DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALEZ PERMANENTE		<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:			
025097244-10		025097244-10		FRANCISCO FERNANDO DE SOUSA NETO			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP. Nº 048/2013							
5 - Nome completo:		6 - CPF:		7 - Profissão:		8 - Endereço:	
FRANCISCO FERNANDO DE SOUSA NETO		025097244-10		ALTO MORO		DA GLÓRIA	
9 - Estado:		10 - Complemento:		11 - Bairro:		12 - Cidade:	
PE		CASA		ALTO BOI JESUS		SERRA TALHADA	
13 - E-mail:		14 - CEP:		15 - Tel. (DD):		16 - Tel. (DD):	
		56.906.090		33.9999.8427			
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 - Profissão do Representante Legal:			
19 - CPF do Representante Legal:				20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA:			
Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA				<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00			
				<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$1.300,00			
				<input type="checkbox"/> R\$1.301,00 A R\$1.500,00			
				<input type="checkbox"/> R\$1.501,00 A R\$1.800,00			
				<input type="checkbox"/> R\$1.801,00 A R\$2.000,00			
				<input type="checkbox"/> R\$2.001,00 A R\$2.500,00			
				<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 A R\$3.000,00			
				<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$3.000,00			
21 - BANCOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL							
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção)							
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)							
<input type="checkbox"/> Itaú (341)							
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)							
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)							
AGÊNCIA:		CONTA:		AGÊNCIA:		CONTA:	
01413		44328		01413		44328	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ PERMANENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> 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:							
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou							
<input type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou							
<input type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.							
Solicito o prosseguimento da análise de laudo do IML concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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, e discordo do seu conteúdo.							
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
23 - Estado:							
24 - Cidade:							
25 - Víctima deixou algum filho(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
26 - Víctima deixou algum filho(a) menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
27 - Se a vítima deixou algum filho(a), informar o nome completo:							
28 - Víctima deixou algum filho(a) maior de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
29 - Se a vítima deixou algum filho(a) maior de idade, informar o nome completo:							
30 - Víctima deixou algum filho(a) maior de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
31 - Se a vítima deixou algum filho(a) maior de idade, informar o nome completo:							
32 - Se a vítima deixou algum filho(a) maior de idade, informar o nome completo:							
33 - Víctima deixou algum filho(a) maior de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
34 - Se a vítima deixou algum filho(a) maior de idade, informar o nome completo:							
35 - Víctima deixou algum filho(a) maior de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
36 - Se a vítima deixou algum filho(a) maior de idade, informar o nome completo:							
37 - Se a vítima deixou algum filho(a) maior de idade, informar o nome completo:							
38 - 1ª Nome:							
39 - 2ª Nome:							
40 - Local e Data:							
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (doador):							
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: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: - 87999732831

Residencial: **RUA DA GLÓRIA 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 DESTA 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 DIRECAO AO ASSAI NAO DANDO NEM UMA SINALIZACAO 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 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.

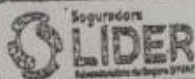
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO
(VITIMA)

Francisco Ferreira de Sousa
NETO

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LIDER		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
Escolha o(a) tipo(s) da cobertura:		<input type="checkbox"/> DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	025097244-10	FRANCISCO FERNANDO DE SOUSA NETO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP. Nº 448/2013			
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:	8 - Endereço:
FRANCISCO FERNANDO DE SOUSA NETO	025097244-10	ALTO MORO	DA GLÓRIA
9 - Número:	10 - Complemento:	11 - Bairro:	12 - Cidade:
576	CASA	ALTO BOI JESUS	SERRA TALHADA
13 - Estado:	14 - CEP:	15 - E-mail:	
PE	56.906.000		
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:		19 - Profissão do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:			
Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS:			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (337) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 91413		CONTA: 44328	
(Informar o dígito do estado)		(Informar o dígito do estado)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: _____		CONTA: _____	
(Informar o dígito do estado)		(Informar o dígito do estado)	
Autorizo a Seguradora LIDER 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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 laudo do IML concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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, se discordar do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado: _____			
24 - Cidade: _____			
25 - Víctima deixou algum filho(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
26 - Víctima deixou algum filho(a) menor de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
27 - Se a vítima deixou algum filho(a), informar o nome completo: _____			
28 - Víctima deixou algum filho(a) maior de idade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
29 - Se a vítima deixou algum filho(a) maior de idade, informar o nome completo: _____			
30 - Víctima deixou algum filho(a) com deficiência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
31 - Se a vítima deixou algum filho(a) com deficiência, informar o nome completo: _____			
32 - Se a vítima deixou algum filho(a) com deficiência, informar a data de nascimento: _____			
33 - Víctima deixou algum filho(a) com deficiência, informar a data de falecimento: _____			
34 - Víctima deixou algum filho(a) com deficiência, informar a data de nascimento: _____			
35 - Víctima deixou algum filho(a) com deficiência, informar a data de falecimento: _____			
36 - Víctima deixou algum filho(a) com deficiência, informar a data de nascimento: _____			
37 - Víctima deixou algum filho(a) com deficiência, informar a data de falecimento: _____			
38 - 1ª Nome: _____			
CPF: _____			
Assinatura da testemunha: _____			
39 - 2ª Nome: _____			
CPF: _____			
Assinatura da testemunha: _____			
40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE 13/09/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (doador): FRANCISCO FERNANDO DE SOUSA NETO			
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:	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, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-402
CNPJ 10.835.932/0001-09 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

FABRIL DA CERVEJA DO BRASIL S.A. - RECIFE

INSC. EST. 0005943-03

CLASSIFICAÇÃO

TIPO DE CONSUMIDOR
BARRA REFRIGERANTE
MONTADO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ALTO BOM JEUS/CERRA TALHADA

SEBASTIÃO TALHADA PE
50006-080

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO

117543511 UNICA 11/06/2020

APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO

16/06/2020 0010420501 0058903

CONTA CONTRATO

7028233617

MES/ANO

06/2020

DATA DE VENCIMENTO

23/06/2020

DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA

15/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

2,69

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Tensão de 3 kV	30,0000000	0,00000003	0,00
Consumo Tensão superior a 30 até 100 kV	89,0000000	0,00000002	0,00
Consumo Tensão até 30 kV	30,0000000	0,00000003	0,00
Consumo Tensão superior a 30 até 100 kV	89,0000000	0,00000002	0,00
Consumo Tensão superior a 30 até 100 kV			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)
0172489762	CLT	10-06-2020	2578,00	16-06-2020	2627,00	20	1,00000		99,00

Digitalizado com CamScanner
Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/01/2021 13:46:04
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010713460455700000071835111>
Número do documento: 21010713460455700000071835111

Num. 73282548 - Pág. 10



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
SAÚDE TRANSFORMA, MAIS FUTURO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS
Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 24

Data: 15/07/2020	Hora: 14:43
Nome: Francisco Fenecha de Sousa Neto	Profissão: Pedreiro
Nome Social:	Estado Civil: Casado
Nascimento: 02/07/1977	Sexo: M
Escolaridade: 5ª série	Responsável: Brígida Rodrigues de Sousa
Mãe: Brígida Rodrigues de Sousa	Telefone: 9-9933-4456
Endereço: R. da Glória N. 516	Fone: 9-9933-2833
Bairro: B. Jesus	Município: Recife
Cartão SUS:	RG/CPF: 5409498-557R
Raça/Cor:	<input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☒ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa: Paciente vítima de queda de motocicleta há 30 minutos. Em estado consciente, nega dor no abdômen. Apresenta sinais de embriaguez, refere dor em antebraço (E).

PA: 120/80	Pulso: 90	HGT: 170	T: 36,5	SpO2: 98	Peso: 75	Glasgow: 15
Medicações em uso: -						
Intolerâncias/Alergias: -						
Fluorograma: 40 cirurgia geral				Carimbo e Assinatura: Agabo (Daniel G. V. Luckwell)		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

A - na área punho
3 - m@n AHT n/a, n/ruptura
c - abdome moleto / palpa leve
n - pulso regular no fêmur
E - dificuldade a clon no antebraço
de ante braço esquerdo.

Tratamento:

- 1) Sfb, fix 100ml EV
- 2) Diprivan 1g - 1 ampola + 100 EV
- 3) Rx de antebraço (E), cotovelo (E), punho (E).

Hipótese Diagnóstica:

trauma

Carimbo e Assinatura:

Dr. João Otávio Moraes Rolim
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.

3 - 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 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

4363

9 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2031 884038180010211

10 - DATA DE NASCIMENTO

01/07/1984

11 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

9 - NOME DO PACIENTE

Francisco Anselmo S. Neto

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

84 99943251

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Brigida Rodrigues da Silva

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua da Glória, 346

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Tereza

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

22 - CID: 10 PRINCIPAL

S52.3

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID: 10 SECUNDÁRIO

25 - CID: 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TC CIRÚRGICO NO ANTEBRAÇO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Francisco Anselmo Magalhães
CRA 123.456.789-10
RPM 332

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

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

MOTIVO DA ALTA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO: 21/07/20

DATA DA ALTA: 23/07/20

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTD.

CLÍNICA

CIRURGICA

Atendimento: 21/07/2020

Prontuário: 00047363

Registro: 00100450

Convênio: SUS-INT. INACAO

NOME DO PACIENTE FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA NETO

Nascimento: 01/07/1977

Idade: 43 Anos

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: PEDREIRO

Naturalidade:

Naturalidade:

Mãe: ANTONIO FERREIRA DE SOUSA

Mãe: BRIGIDA RODRIGUES E SOUSA

Endereço: RUA DA GLORIA

Nº: 375

Bairro: ALTO B. JESUS

Cidade: SERRA TALHADA

Estado: PE

Telefone: 999732831

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Assistida Transito []

Acidente de Trabalho []

Outros Atividades []

Agredido []

Suicídio []

Casual []

Outros []

Nome do Acompanhante:

Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FISICOS

- TRAUMA EM PUNHO, APÓS QUEDA

Diagnóstico Inicial:

FRATURA NO ANTEBRAÇO

S.A.T.

Diagnóstico Final:

O HESMO

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:



CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO
- 01 PLACA RETA 3,5 OXFORDS
- 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

CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA
Fones: (87) 3831.1601 / 9 9991.5889

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

Rua Cornélio Soares, 810
Centro - Serra Talhada - PE
CEP: 56.903-440

Digitalizado com CamScanner



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 MOREATO
SERRA TALHADA - PE

CPF/CNPJ	PLACA
887.049.549-49	CYH3A72

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	9C2KQ320DLR115201

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

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

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/162CL	PARTIC	VERMELHA

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

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
5.10	1.05	12.00	02/03/20

OBSERVAÇÕES	
AL. FID. BANCO HONDA SA	
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO	
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA	
LOCAL	DATA
SERRA TALHADA - PE	02/03/20

Roberto Carlos Moreira Fontelles

RECTOR PRESIDENTE DETRAN/PE

Digitalizado com CamScanner



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: 0800-1596 / 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: 0800-021-91-85

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 05/11/2020

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: (89) 99998-5477

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ OAMS (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:

(DESCREVER)

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 a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, entregue o formulário, assinado e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a rogo).

Reproduzido com autorização

Digitalizado com CamScanner



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

