



Número: **0104506-58.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FLAVIO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97031354	19/01/2022 09:50	ANEXO 1	Outros (Documento)



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da silva , ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho , centro /Bezerros, que Constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo , com queixa de queda de moto , numero da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Mim , o mesmo foi encaminhado UPA.

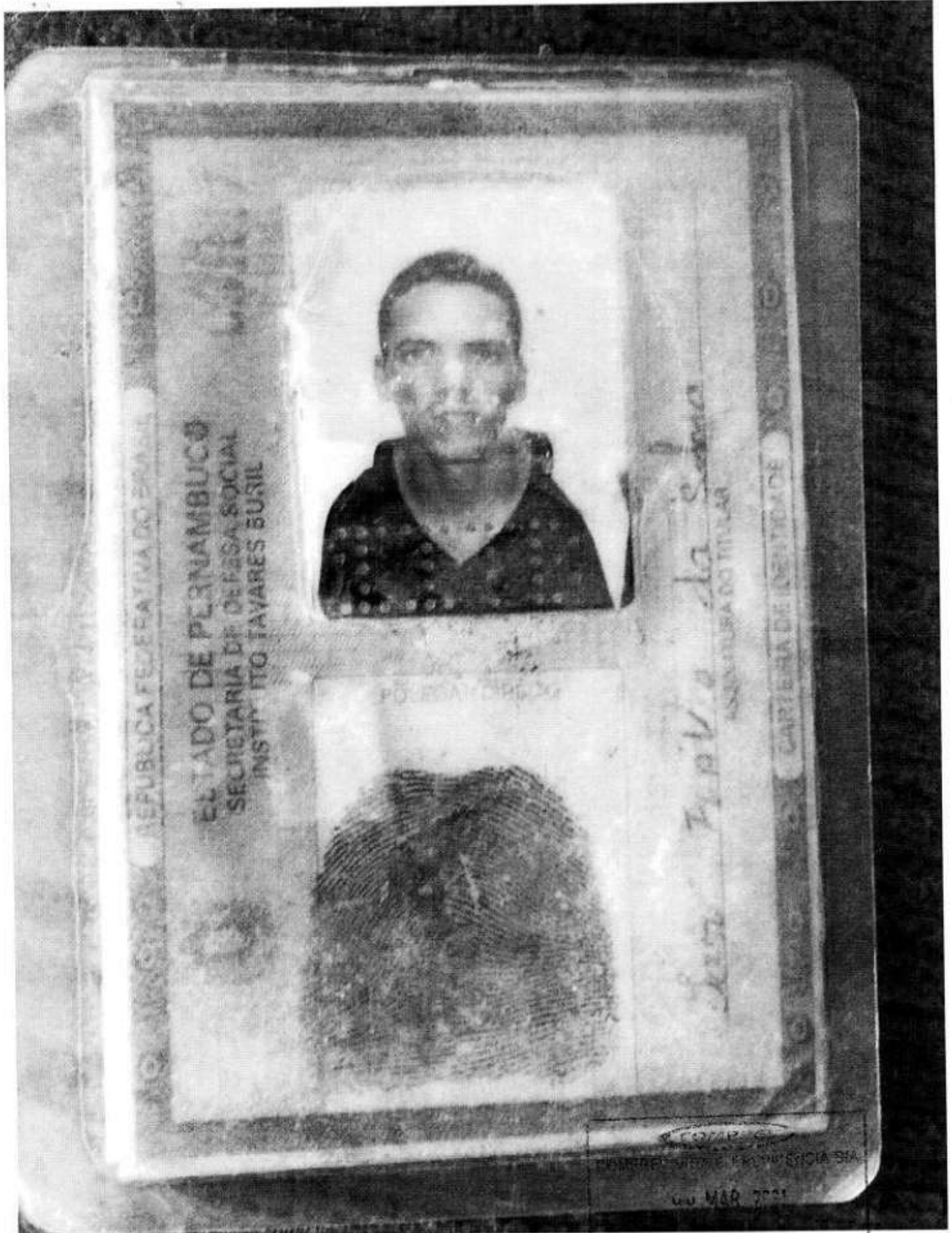
Bezerros PE; 17/12/2020

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE
Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN – PE Nº 142524





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BUSIL



Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
ASSINATURA DO TITULAR



CARTIÈRA DE IDENTIDADE

MAR 2021

PROTOCOLO
AGÊNCIA DE DEFESA SOCIAL



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

E 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PERNANOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZEF 133V CART SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

24/07/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.10 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
03 MAR 2021
PROTOCOLO





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

053.707.774-03

Nome

JOSE FLAVIO DA SILVA

Nascimento

24/07/1981



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO
AGÊNCIA REGISTRO



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

TURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

rnambuco

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS
BEZERROS PE
55660-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017803276	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
01/07/2020	27/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	0,90

AO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,00000003	0,00
30,0000000	0,00000003	0,00
		0,90





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000143**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2021** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 01** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG): 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

COMPREV
COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA SIA
02 MAR 2021
PROTOCOLO

rf

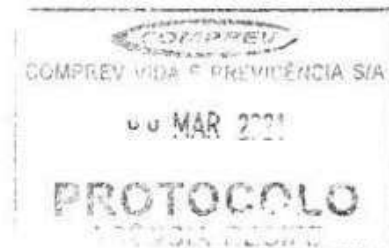


Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Flavio da Silva

JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000144**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/02/2021** às **16:04**

Complementa o BO Número: **21E4143000143**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 1** - Bairro: **SAO PEDRO** -
BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG): 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0** - Bairro: **SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .



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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLE8145** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **557731690** Chassi: **9C2KC1670DR021954**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE ADRIANO MONTEIRO**

Complemento / Observação



DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

José Flavio da Silva
JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

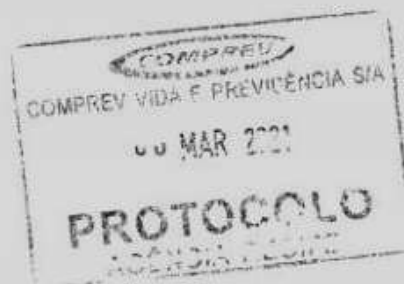
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

C. Almeida





Ag 2192
Conta 85994-2
013 operação
poupança



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403

7 - Profissão: Relacionado 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? Sim Não

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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021
- José Floriano da Silva





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, 06 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210121720

Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA

Data do Acidente: 26/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE FLAVIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

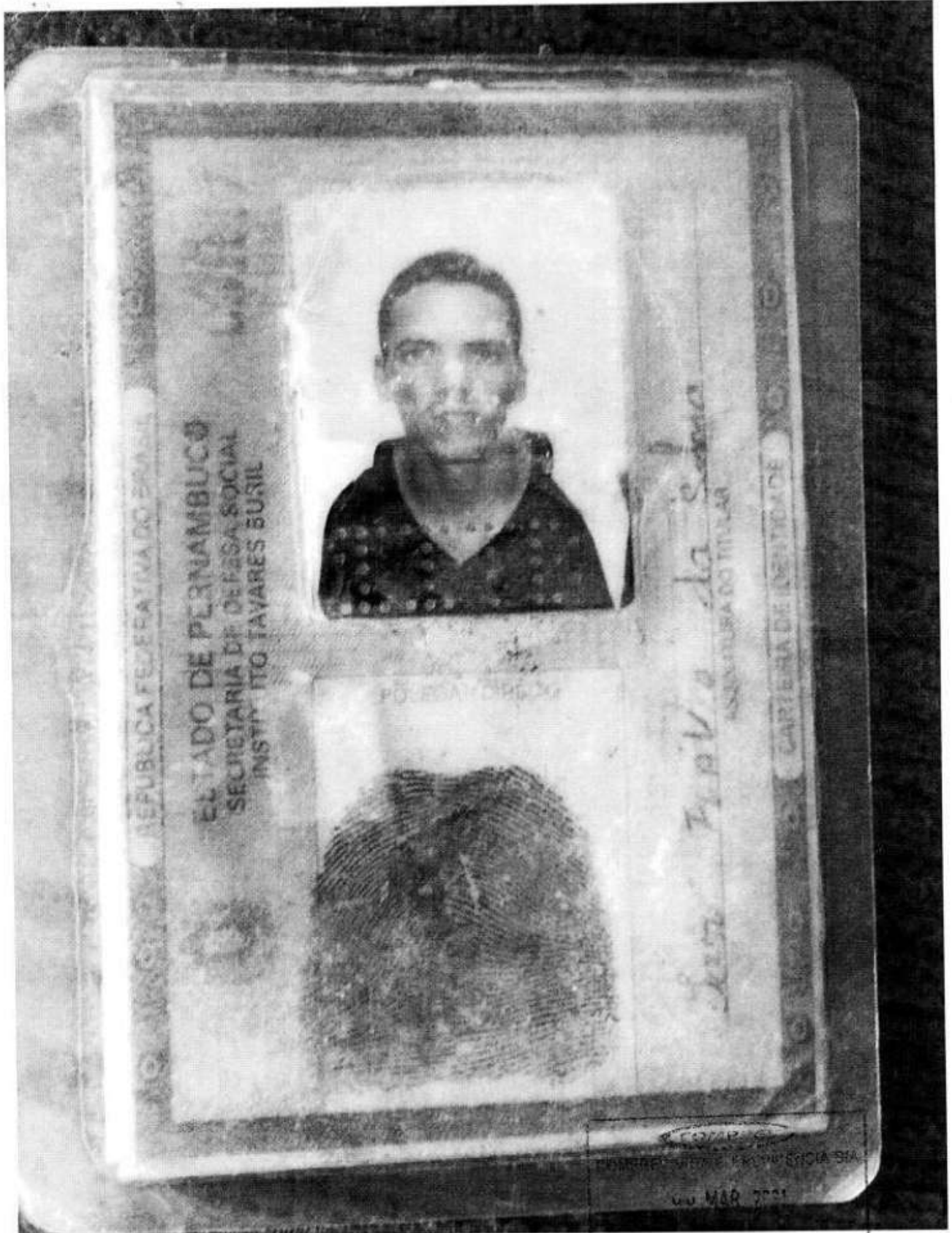
Pag. 01721/01722 - carta_05 - INVALIDEZ

00030861



Carta nº 16810946





PROTÓTIPO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
MAR 2021
PROTOCOLO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

E 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PERNANBOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZEF 133V CART. SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

24/07/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.106 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 MAR 2021
PROTÓCOLO





Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

053.707.774-03

Nome

JOSE FLAVO DA SILVA

Nascimento

24/07/1981



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

PROTEÇÃO
AGÊNCIA REGISTRO



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

TURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

rnambuco

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS
BEZERROS PE
55660-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017803276	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
01/07/2020	27/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	0,90

AO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,00000003	0,00
30,0000000	0,00000003	0,00
		0,90



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102214031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA
1

COD. DE NAVAM
557731691

RHTIC

NOME/ENDERECO
JOSE ADRIANO MONTEIRO
FAZENDA SANTANA 59
CASA ZONA RURAL
BEZERROS-PE 55650-000

CPF/CNPJ
040.713.224-46

PLACA
KLE3145

NOME ANTERIOR
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUAR

PLACA ANT/UF

CHASSI
BC2KC1670DR021954

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTIVEL
ALCO/GASO

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB/ANO MOD
2013/2013

CAP/POT/CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETO

20134279

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA PROTOCOLO

LOCAL
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

BEZERROS-PE DATA
06/08/2022



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0145695/21

Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA

Data do acidente: 26/10/2020

CPF: 053.707.774-03

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FLAVIO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE FLAVIO DA SILVA : 053.707.774-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/07/2021
Nome: JOSE FLAVIO DA SILVA
CPF: 053.707.774-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2021
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOSE FLAVIO DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



LAUDO MÉDICO

NOS TERMOS DE RESOLUÇÃO nº 1.854, DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, PUBLICADA EM 14 DE AGOSTO DE 2008.

Nome do paciente :

JOSE FRAVIO DA SILVA

Qual o diagnóstico, com respectivo CID?

Lesões de fratura distal do fêmur esquerdo
CID10 S72.3

Há incapacidade ou limitação laboral? Desde quando?

Limitação laboral DEFINITIVA

Qual o tempo de repouso estimado necessário para sua recuperação ou o prazo é indeterminado?

INCAPACIDADE PERMANENTE

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.676.334-04
Não autorizo troca

09/02/2021

_____ de _____ 202__



_____ de _____
Identificação do médico com CRM, sob carimbo





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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: 3210080950 Data de solicitação: 05/07/21
DD/MM/AA
 Nome do beneficiário: Jose Flávio da Silva CPF do beneficiário: 053707774-03
 Nome do solicitante: Jose Flávio da Silva CPF do solicitante: 053707774-03

DADOS PARA CONTATO
 Tel. Celular: (81) 9668-4814 Tel. Comercial: (____) _____ Tel. Residencial: (____) _____
DDD DDD DDD
 E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
 - Laudo do IML
 - Boletim de Ocorrência
 - Notas fiscais complementares
 - Outros: _____

COMPROVAÇÃO E PREVIDÊNCIA SIA
 12 JUL 2021
PROTOCOLO
DE PREVIDÊNCIA SIA
 RECIFE

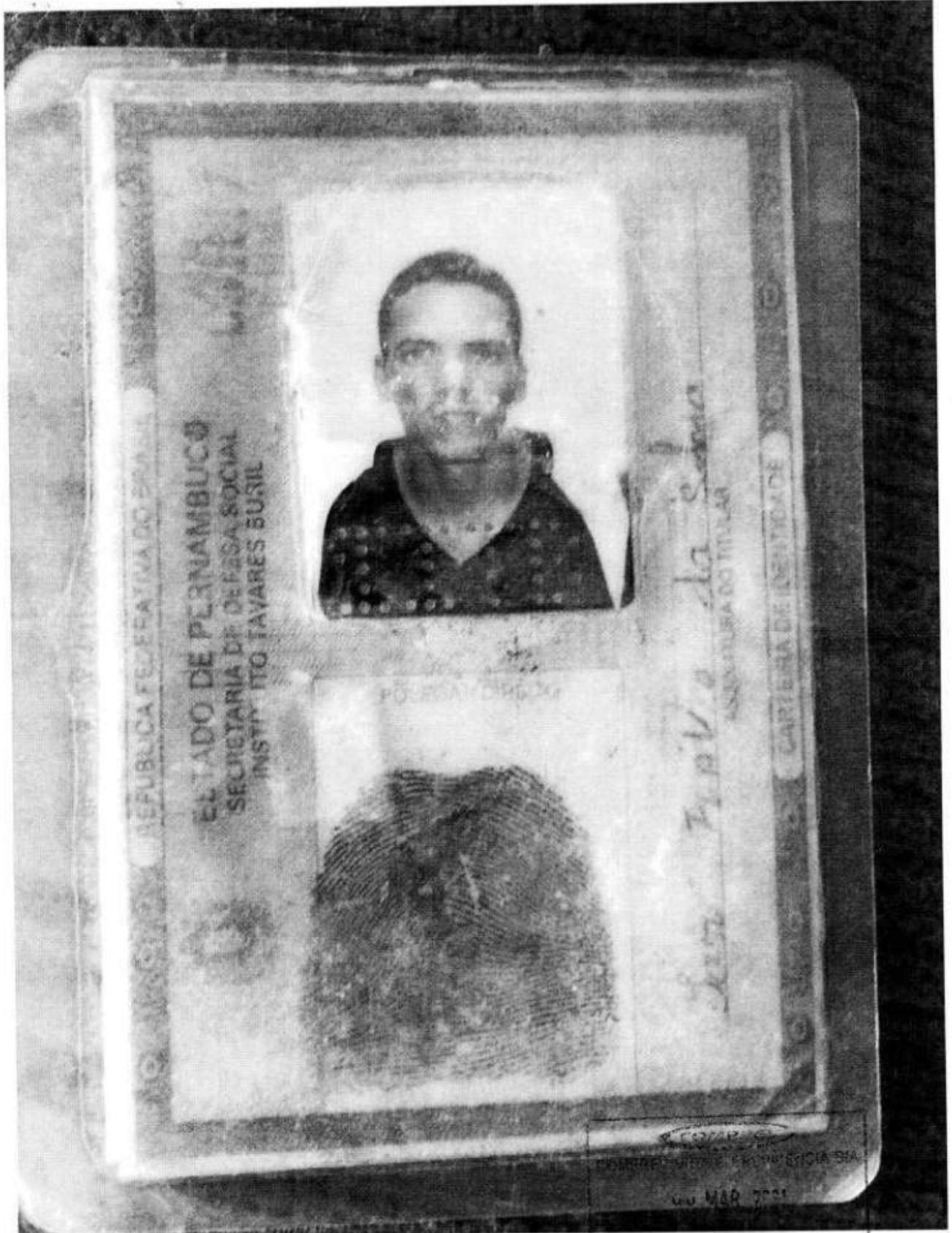
NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

Segue documentação médica, laudo médico no qual fica comprovado a lesão

Bezerras, 05/07/21
Local e Data
Jose Flávio da Silva
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:
 Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.
 Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
 O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





PROTOCOLO
ACÓRDÃO Nº 1234



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

E 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PERNANBOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZEF 133V CART SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

24/07/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.10 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
03 MAR 2021
PROTOCOLO





Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

053.707.774-03

Nome

JOSE FLAVIO DA SILVA

Nascimento

24/07/1981



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

PROTEÇÃO
AGÊNCIA REGISTRO



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

TURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

rnambuco

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS
BEZERROS PE
55660-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017803276	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
01/07/2020	27/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	0,90

AO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,00000003	0,00
30,0000000	0,00000003	0,00
		0,90





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

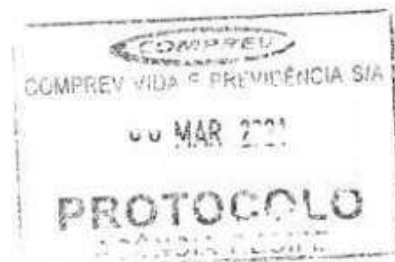
Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da silva , ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho , centro /Bezerros, que Constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo , com queixa de queda de moto , numero da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Mim , o mesmo foi encaminhado UPA.

Bezerros PE; 17/12/2020

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

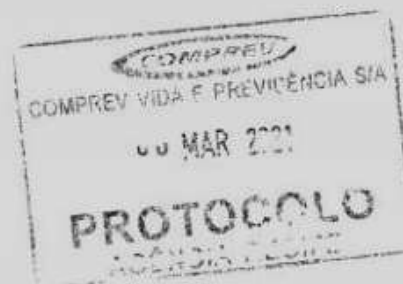
Atenciosamente,

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE
Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN – PE Nº 142524





Ag 2192
Conta 85994-2
013 operação
poupança



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403
7 - Profissão: Reluzou-le 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? Sim Não

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

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

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021
- José Floriano da Silva





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ºCIRC
DINTER/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000143**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2021** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 01** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

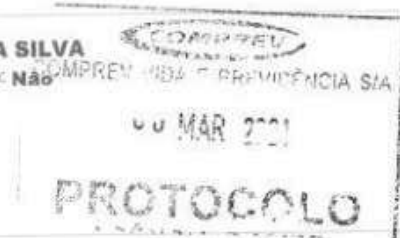
JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG): 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SÍTIO DOS REMÉDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SÍTIO DOS REMÉDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

MF

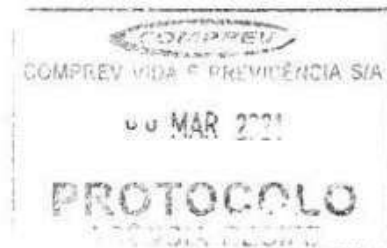


Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Flavio da Silva

JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000144**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/02/2021** às **16:04**

Complementa o BO Número: **21E4143000143**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 1** - Bairro: **SAO PEDRO** -
BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG): 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0** - Bairro: **SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .



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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLE8145** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **557731690** Chassi: **9C2KC1670DR021954**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE ADRIANO MONTEIRO**

Complemento / Observação



DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

Jos Flavio da Silva
JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

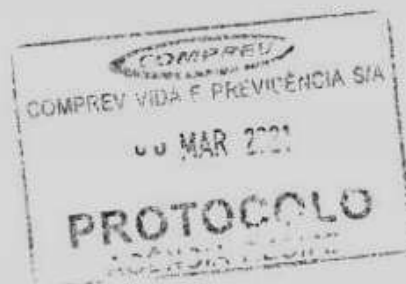
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

C. Almeida





Ag 2192
Conta 85994-2
013 operação
poupança



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403

7 - Profissão: Relacionado 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000

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

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994 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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasoturo (ou nasotura)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? Sim Não

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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

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

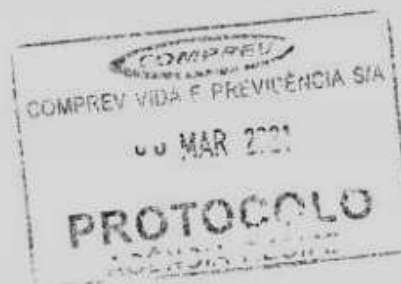
TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021
 - José Floriano da Silva





Ag 2192
Conta 85994-2
013 operação
poupança



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403

7 - Profissão: Reluzou-le 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000

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

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasoturo (ou nasotura)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? Sim Não

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021
 - José Floriano da Silva





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, 16 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210185695

Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA

Data do Acidente: 26/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE FLAVIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 00593/00594 - carta_05 - INVALIDEZ

00020287



Carta nº 16967663



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069827/21

Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA

Data do acidente: 26/10/2020

CPF: 053.707.774-03

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FLAVIO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE FLAVIO DA SILVA : 053.707.774-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/03/2021
Nome: JOSE FLAVIO DA SILVA
CPF: 053.707.774-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2021
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

JOSE FLAVIO DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102214031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA
1

COD. DE NAVAM
55773169

RHTIC

NOME/ENDERECO
JOSE ADRIANO MONTEIRO
FAZENDA SANTANA 59
CASA ZONA RURAL
BEZERROS - PE 55650-000

CPF/CNPJ
040.713.224-46

PLACA
KLE3145

NOME ANTERIOR
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUAR

PLACA ANT/UF

CHASSI
BC2KC1670DR021954

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTIVEL
ALCO/GASO

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB / ANO MOD
2013 / 2013

CAP/POT/CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETO

OBSERVAÇÕES
20134279

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA PROTOCOLO

LOCAL
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

BEZERROS - PE DATA
06/08/16



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210080950 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180328081 EM NÍVEL INTENSO PARA O JOELHO ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210080950 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

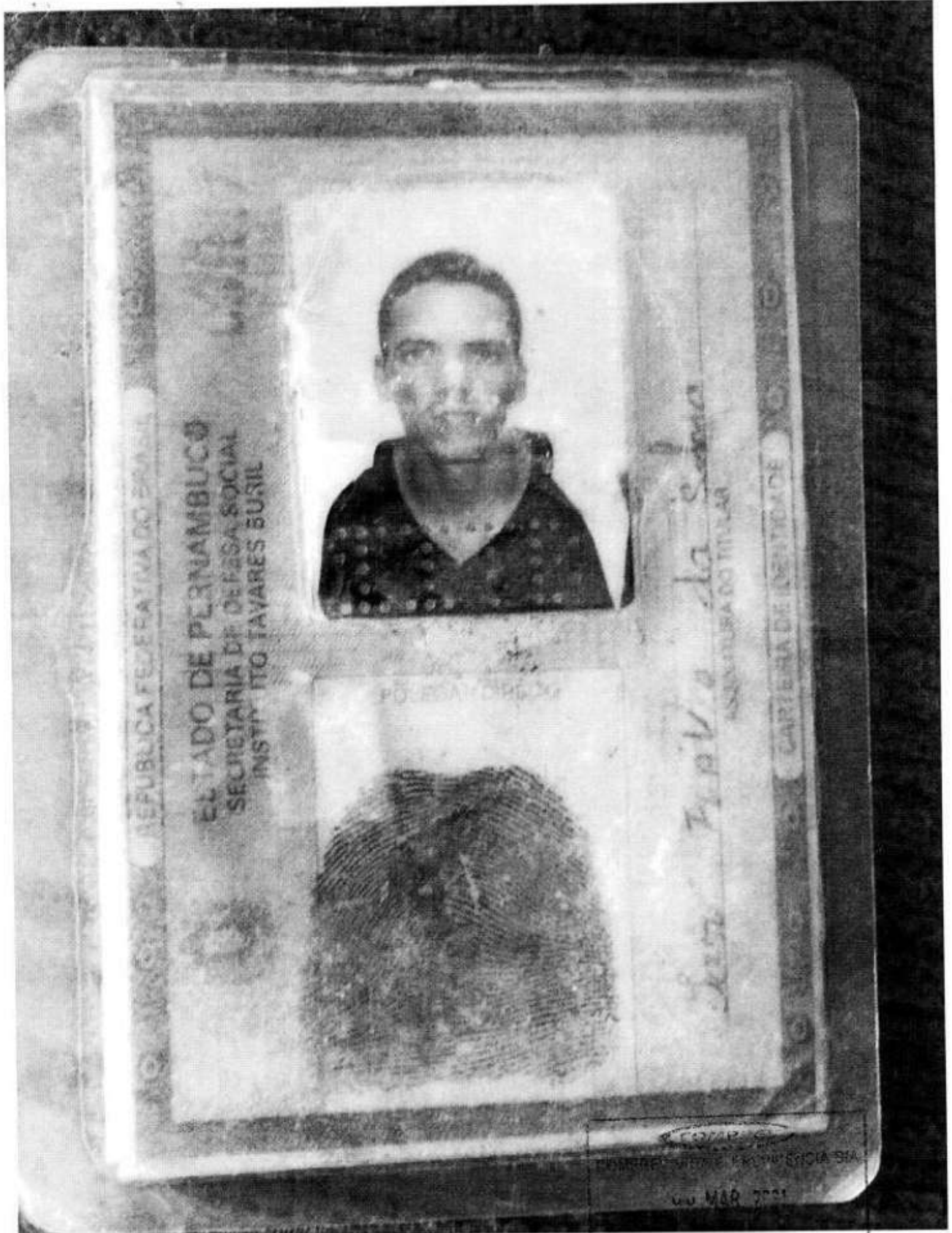
Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180328081 EM NÍVEL INTENSO PARA O JOELHO ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00





PROTÓTIPO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
MAR 2021
PROTOCOLO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

E 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PERNANBUCO

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZEF 133V CART. SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

24/07/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.106 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 MAR 2021
PROTÓCOLO





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

053.707.774-03

Nome

JOSE FLAVIO DA SILVA

Nascimento

24/07/1981



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO
AGÊNCIA REGISTRO



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

TURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

rnambuco

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI DOS REMEDIOS 50

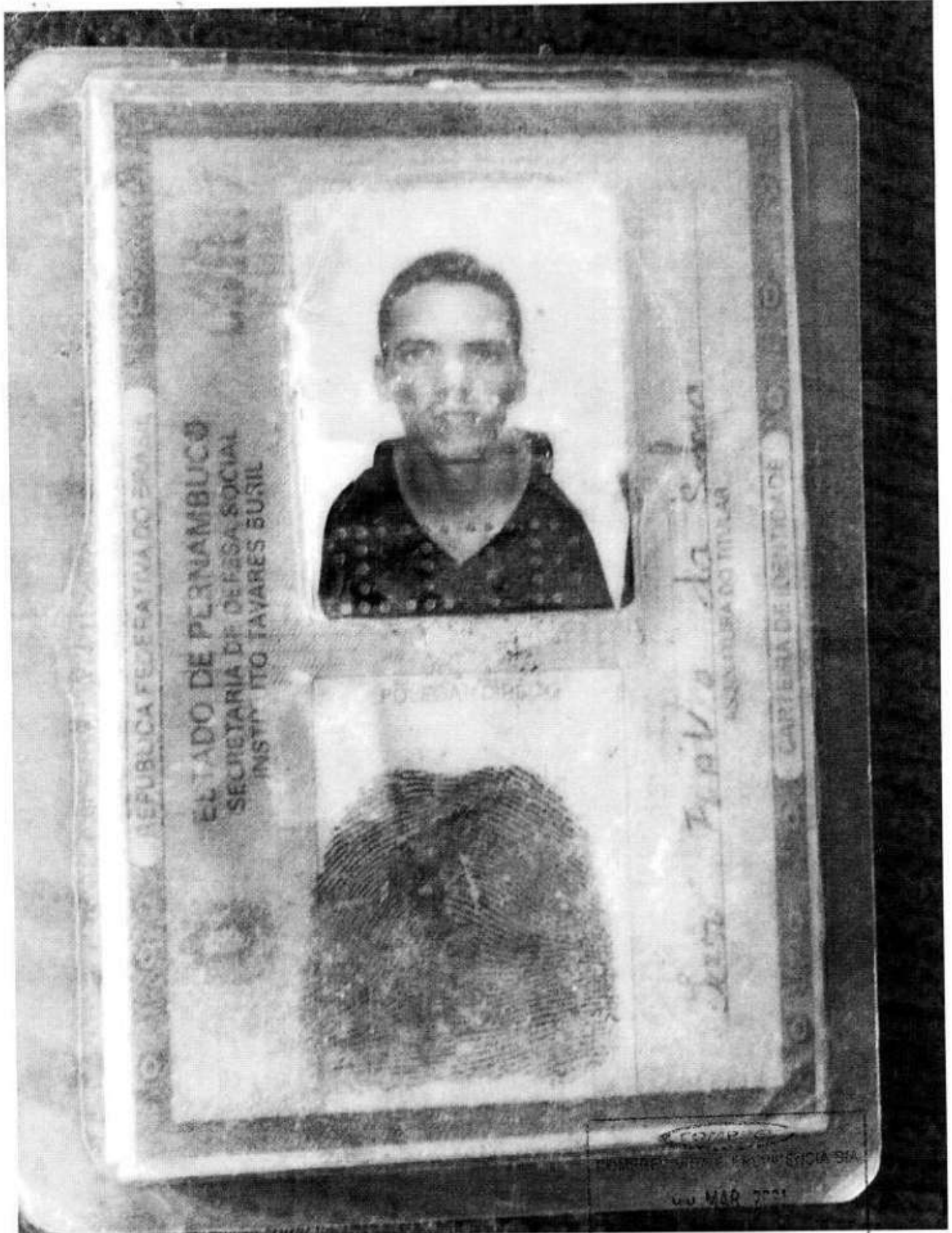
CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS
BEZERROS PE
55660-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017803276	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
01/07/2020	27/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	0,90

AO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,00000003	0,00
30,0000000	0,00000003	0,00
		0,90





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BUSIL

Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior
ASSINATURA DO TITULAR

CARTIÈRA DE IDENTIDADE

MAR 2021

PROCOLO
AGÊNCIA DE DEFESA SOCIAL



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

E 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PERNANBUCO

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZEF 133V CART. SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

24/07/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.106 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 MAR 2021
PROTOCOLO





Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

053.707.774-03

Nome

JOSE FLAVIO DA SILVA

Nascimento

24/07/1981



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

PROTEÇÃO
AGÊNCIA REGISTRO



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

TURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

rnambuco

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS
BEZERROS PE
55660-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017803276	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
01/07/2020	27/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	0,90

AO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,00000003	0,00
30,0000000	0,00000003	0,00
		0,90





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Jose Flavio de Jesus

REG.: 104653

DATA DE NASCIMENTO: 24/04/1981

DATA DA CIRURGIA: 03/11/2020

DIAGNÓSTICO: Fratura distal fêmur esquerdo

TRATAMENTO: Canais e placas com elos
e tala fixação

DATA DO RETORNO: 17/11/2020 - 6h

MOTIVO DO RETORNO: Clínica da Mulher

Viagem para Portugal
120 dias e volta para
PISAR

João Marlon V. Costa
Traumata-Ortopasta
CRM/PE 5980

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da silva , ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho , centro /Bezerros, que Constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo , com queixa de queda de moto , numero da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Mim , o mesmo foi encaminhado UPA.

Bezerros PE; 17/12/2020

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE
Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN – PE Nº 142524





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000143**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2021** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 01** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG): 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

COMPREV
COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA SIA
00 MAR 2021
PROTOCOLO

rf

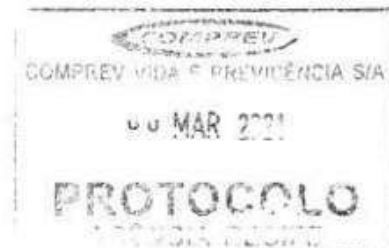


Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Flavio da Silva

JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000144**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/02/2021** às **16:04**

Complementa o BO Número: **21E4143000143**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 1** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG): 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .



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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLE8145 (PERNAMBUCO/BEZERROS)** Renavam: **557731690** Chassi: **9C2KC1670DR021954**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE ADRIANO MONTEIRO**

Complemento / Observação



DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

Jos Flavio da Silva
JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

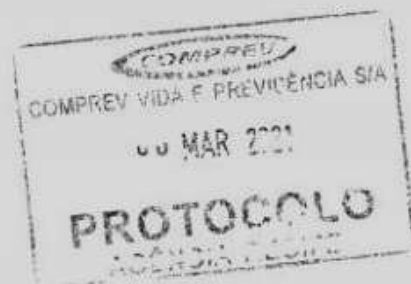
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

C. Almeida





Ag 2192
Conta 85994-2
013 operação
poupança



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403

7 - Profissão: Relacionado 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? Sim Não

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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

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

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021
- José Floriano da Silva





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 Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210080950

Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA

Data do Acidente: 26/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE FLAVIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01779/01780 - carta_05 - INVALIDEZ



Carta nº 16713770





Ag 2192
Conta 85994-2
013 operação
poupança

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
00 MAR 2021
PROTOCOLO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403

7 - Profissão: Reluzou-le 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000

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

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasoturo (ou nasotura)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? Sim Não

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021
 - José Floriano da Silva





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Central de Atendimento (para consultas sobre incidências e pedidos): Capitais e regiões metropolitanas: 4070 1596 / Outras regiões: 0800 022 1754 / 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 2561 | Ouvidoria: 0800 021 91 15

Número do pedido DPVAT: 32 50 52 57 20 Data da solicitação: 25.05.2021
 Nome do beneficiário: José Flavio da Silva CPF do beneficiário: 053.764.714-3
 Nome do solicitante: José Flavio da Silva CPF do solicitante: 053.764.714-3

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (51) 99668 4834 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
 E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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:

COMPROVANTE DE PRESENCIA SIA
 25 MAI 2021
PROTOCOLO
 (DESCREVA A MOTIVACÃO)

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

Estou encaminhando novos documentos. Nos mesmos informo a minha esposa.
 Fico no aguardo de uma decisão médica

Bozeiras PE, 25.05.2021
 Local = Data
José Flavio da Silva
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.
 Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
 O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125877/21

Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA

Data do acidente: 26/10/2020

CPF: 053.707.774-03

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FLAVIO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE FLAVIO DA SILVA : 053.707.774-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/05/2021
Nome: JOSE FLAVIO DA SILVA
CPF: 053.707.774-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2021
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

JOSE FLAVIO DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSE FLAVIO DA SILVA		6 - Número do Prontuário 107653	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700004549923605	8 - Data Nascimento 24/07/1981	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor 10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe RITA GOMES DA SILVA		12 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável		14 - Telefone de Contato	

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SITIO DOS REMEDIOS, SN () - ZONA RURAL			
16 - Município de residência BEZERROS	17 - Cod. IBGE município 2601904	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos

Fratura de Fêmur

21 - Condições que justificam a internação

TTO Cirúrgico

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
2º MAI 2021

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Rx

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

23 - Diagnóstico inicial <i>Fratura de Fêmur</i>	24 - CID 10 Principais S724	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 090802041 090802055 090802051
---	--------------------------------	------------------	--

28 - Descrição do Procedimento Solicitado

internamento

29 - Clínica <i>Cirurgia</i>	30 - Caráter de Internação <i>urgência</i>	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 082610254-60
---------------------------------	---	-----------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>A. Maciel</i> Médico	34 - Data de solicitação 28/10/2020	35 - Assinatura e Carimbo (módulo registro do conselho) CRM-RJ-25830
---	--	---

36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acidente de Trabalho típico	38 - () Acidente de Trabalho trajeto	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bônus	41 - Série
42 - CNPJ da Empresa	43 - CNES (CNS/CNPJ) do Estabelecimento	44 - Nome do Profissional Autorizador Dr. João Luiz Araújo Neto	45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () aposentado () Não segurado		

46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de Internação PREFEITURA DE BEZERROS Secretaria Municipal de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 262010534952-1
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)		

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 0805/21
Hospital Jesus Pequeno

Rees
28/10/2020
2601904



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENF - 03 - LEITO_2
 Enfermaria: ORTOPEdia

Atendimento: 801505	Data: 28/10/2020	Hora: 9:50	Recepc.: PAULA KAROLYNE DOS S. BEZERRA
Convênio: SES - ORTOPEdia			Matrícula: 700004549923606
Responsável:			Identidade:
Médico: DRA. BARBARA F. F. NETO			Cartão SUS: 700004549923606
Paciente: 107853 JOSE FLÁVIO DA SILVA			Sexo: MASCULINO Cor:
Nascimento: 24/07/1981 - 39 Anos e 3 Meses			Est. Civil:
Endereço: SÍTIO DOS REMEDIOS, SN			C.P.F. 06370777403
Bairro: ZONA RURAL			Identidade: 5940133 SDS PE
IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS	CEP:		Telefone:
Pai: MANOEL MARIANO DA SILVA	UF: PE		G.Instrução:
Mãe: RITA GOMES DA SILVA			Ocupação:
Nacionalidade: BRASIL			Naturalidade: BEZERROS

Obs.: SENHA ORTOPEdICA: 783405

Queixa do Paciente: _____

fratura de fêmur

cto cirurgia

H.D.A.: _____

*Dra. Barbara Neto
 CRM-PE 27158*

Exame Físico: _____

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 2º MAI 2021
PROTOCOLO
 AGENCIA LOCAL

Tratamento: _____

Paciente Nel, Sítio de Acompanhante
*Dra. Barbara Neto
 CRM-PE 27158*
 Acompanhante

*Dra. Barbara Neto
 CRM-PE 27158*

Assinatura e Carimbo do Médico

Bezerros, 28 de outubro de 2020

Conferido Com Documento
 Original Bezerros PE 0505121
 Hospital Jesus Pequeno

Assinatura
 José Lourenço dos Santos
 Assistente Social



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ROSE FLAVIA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

AGRESTE NOSSO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com um ponto
de dor nos tornozelos

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

durante a noite

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

- X + Análise

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura fechada crânio

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura fechada

Residência Ferreira
Município e Talassologia
CRM 15853-DF

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

[Assinatura]

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/10/20

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CIAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assessoria Social - Jacec
Av. Brasil 10150
GRESG 10150

Conferido Com Documento
Original Bezerras PEC 2021
Hospital Jesus Requeimino



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSE FLAVIO DA SILVA CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO 107653
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA RAQUI	DR. ROBERTO TAVARES
DATA DA OPERAÇÃO 03/11/2020	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + OSTEOTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOLISE	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
<p>CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE. REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA E FIXAÇÃO COM: 01 PLACA BLOQUEADA DE FEMUR DISTAL 06 ORIFÍCIOS 01 PARAFUSO CORTICAL N 42 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 38 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 40 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 44 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 60 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 64 01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 75 REALIZAMOS OSTEOTOMIA REALIZAMOS DEBRIDAMENTO REALIZAMOS TENOLISE LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA SULTURA POR PLANOS CURATIVO</p>	

João Marilton
Ortopedista
CRM 5580

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 0505121
Hospital Jesus Pequeno

José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



Anestesia: Ruparalium NB

Nome: Mari Flávia da Silva do Registro 107653 Nº. na Clínica: _____

Clínica: Cardiologia Quarto: 3 Leito: 2 Idade: 39 Sexo: M Cor: _____

Operador: Roberto Tavares Assist.: _____ Anestesiologista: RUBENTE

Diag. Preop.: Fratura de fêmur "E" Diag. Posop.: O mesmo

Op. Proposta: _____ Op. Realizada: Tratamento da

Premeditação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 2-3-
padrão de per

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
AGENTES	Nº														
	02														
Líquidos	PA														
	V														
PULSO	38														
	36														
ANES	34														
	32														
OP	30														
	140														
TEMP.	120														
	100														
ASPIR	80														
	60														
RESP	40														
	20														
Export															
Assist.															
Contro.															
SÍMBOLOS															

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A.			- PVI - em 20 seg - aumento de PMS PONTE-5
B.	<u>Bupivacaína</u>	<u>axial</u>	
C.	<u>15ml - 15g</u>	<u>7,5, 2,5, 5</u>	
D.	<u>+ 15ml - 15g</u>	<u>5ml - 5g</u>	
E.	<u>Dorsol - 6mg</u>		
F.			
G.			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASODORO FARINGEA NASODOROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TOTAL		Tempo de Anestesia	
OPERAÇÃO:		Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vômito	
ANESTESISTA:		Hemorragia Antmia Bred - Tequizarde - Ch	
CIRURGIÃO:		PERDA SANGUÍNEA:	

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 0805 R Hospital Jesus Pequenin
 José Luiz de Jesus
 Associação Soc. CRESIS 10150



FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
 Data: 03/11

Anestesia: Ruzarolamida NB

Nome: Maria Flávia da Silva do Registro 107653 Nº. na Clínica: _____
 Clínica: Cardiologia Quarto: 3 Leito: 2 Idade: 39 Sexo: m Cor: _____
 Operador: Roberto Tavares Assist.: _____ Anestesista: RUBRANT
 Diag. Preop.: Fratura de fêmur "E" Diag. Posop.: 0 mesmo
 Op. Proposta: _____ Op. Realizada: Tratamento da
 Premeditação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1-2-3: _____

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45		
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
PA	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
V	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
PULSO	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
ANES	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
x	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
OP	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
O	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
TEMP	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
A	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
ASPIR	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
A	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
RESP	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
O	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140

SÍMBOLOS: Expon Azeite Contro

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A.			
B.	<u>Bupivac</u>	<u>Agulha</u>	PVA - em 20 seg - em 20 seg de 100
C.	<u>+ 10ml - 15g</u>	<u>25x25</u>	
D.		<u>5ml 100mg</u>	
E.	<u>Dorsif. 5mg</u>		
F.			
G.			
LÍQUIDOS			
<u>50ml</u>			
		CÂNULA - NASOORO FARÍNGEA NASOOROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TOTAL		<u>80ml</u>	
OPERAÇÃO:		<u>Tratamento da fratura</u>	

ANESTESISTA: Roberto Tavares CIRURGIÃO: João Marilton ORTODONTISTA: _____
 PERDA SANGUÍNEA: _____

Conferido Com Documento
 Original Bezerros PE 0302 K
 Hospital Jesus Pequenin
 José Luiz
 Assistente Social
 CRECIS 10150



MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Jose Flavio da Silva Registro Nº. 107653
 Apt.: _____ Enfermaria.: 1E Data: 03/11/20
 Cirurgia: Inet. urg Frac Fimur Cirurgião: Dr. Jose marilton
 Anestesia: Raquis Anestesista: Dr. Roberto
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausebron	<u>02 Amp</u>
Adrenalina Destilada	<u>01 Amp.</u>	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Qualicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	<u>01 Amp</u>	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	<u>02 Amp</u>	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1	<u>01 Amp</u>	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico 100ml seamp	<u>03 unid</u>
Etil Morfina		Soro Glicosado	
Flouxaperina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Transamin	
Fentanil 5ml		Tenoxicam	
Flumazenil		Thionembatal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortisona 100mg		Volufen	
Hidrocortisona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	<u>01 grama</u>	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaína c/e		Agulha desc. 25x7/40x12/0.45x13	<u>04 unid</u>
Marcaína s/e		Agulha de Plexo	
Marcaína Pesada	<u>01 Amp</u>	Agulha Raqui	<u>25</u> <u>01 unid</u>
Methergin		Algodão Hidrófilo	

Original Bezerras PECSOS RI
Hospital Jesus Pequeninco

José Lorivaldo dos Santos
Assistente Social
CPF 310159



Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico 2		CatGut Crom c/a 1	02unid
Atadura Crepe 15 e 10c	03unid	Fio de Algodão	
Atadura Gesso		Fio de Aço	
Azul de Metileno		Fio Kirschner	
Bolsa p/ Colostomia		Fio Maleável	
Cateter Nasal	01unid	Monocryl	
Clamp Umbilical		Mononylon 2,0	02unid
Coletor Sistema Aberto		Polycot	
Coletor Sistema Fechado		Propelane	
Comp. Cirúrgica	03 Pacotes	PDS	
Dreno de Sucção		Seda	
Dreno Penrose		Vicryl	
Dreno Tórax		LIQUIDOS	
Eletrodos + 01	05unid	Água Oxigenada	50ml
Equipo Macrogotas		Álcool 70%	100ml
Escova de Degermação		Glutaraldeido	50ml
Espadrappo		Éter	
Espadrappo Micropore		Formol	
Gaze 7x5x7,5	03 Pacotes	Clorexidina Degermante	150ml
Neocaina Pesada		TAXAS	
Neocaina Isobárica		Oxímetro de Pulso	Tx
Infusor p/soluções Parentemil 2 vias		Aspirador	Tx
Intracath		Bisturi Elétrico	Tx
Jelco		Desfibrilador	Tx
Liga Clip		Monitor	Tx
Lamina Bisturi 27	02unid		
Látex 204		OXIGÊNIO	
Luva Estéril 8,0 7,0 7,5	06 Pacotes	Das às	
Luva Descartável	03 Pacotes		
Máscaras			
Polifix			
Pró-Pés			
Scalp			
Seringa de 01 cc	01unid		
Seringa 03 cc	03unid		
Seringa 05 cc	01unid		
Seringa 10 cc			
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda "3v" n°			
Transofix			
Pulseiras de RN			
Toucas			
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			

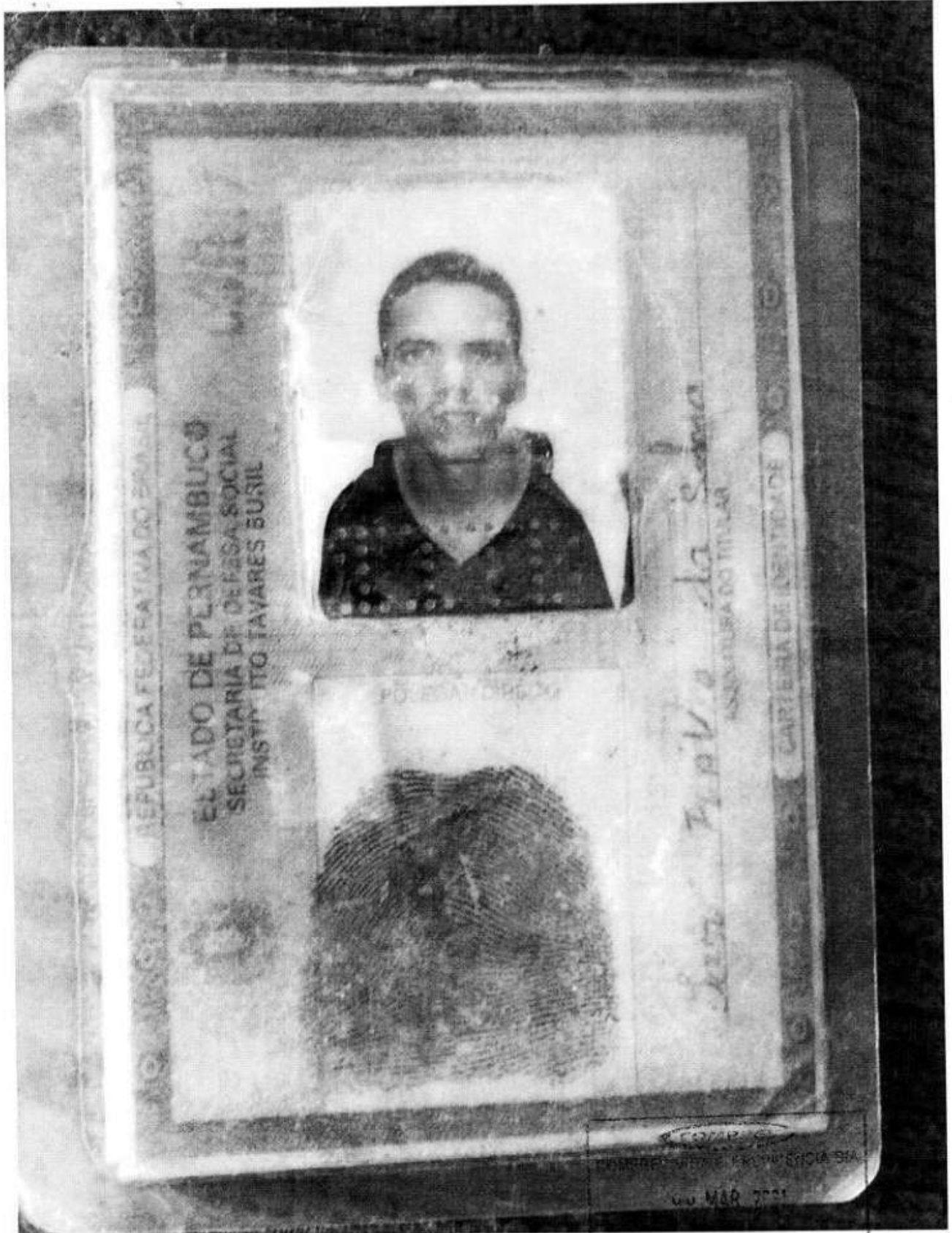
Telma Maria de Oliveira
 Téc. Enfermagem
 COREN-PE-570209

Telma

Conferido Com Documento
 Original Bezerras PE0505121
 Hospital Jesus Pequeno

José Leonardo dos Santos
 Assistente Social
 CRESS 10150





PROTÓTIPO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
MAR 2021
PROTOCOLO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

E 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PERNAMBUCO

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZEF 133V CART. SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

19/08/1982 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.106 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 MAR 2021
PROTOCOLO





Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

053.707.774-03

Nome

JOSE FLAVIO DA SILVA

Nascimento

24/07/1981



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

PROTEÇÃO SOCIAL
AGÊNCIA REGIONAL



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

TURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

rnambuco

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS
BEZERROS PE
55660-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017803276	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
01/07/2020	27/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	0,90

AO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,00000003	0,00
30,0000000	0,00000003	0,00
		0,90





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

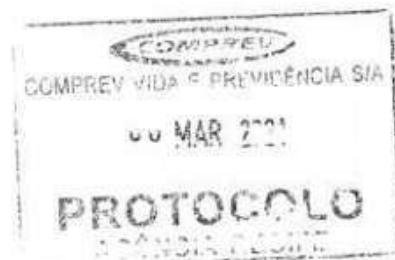
Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da silva , ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho , centro /Bezerros, que Constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo , com queixa de queda de moto , numero da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Mim , o mesmo foi encaminhado UPA.

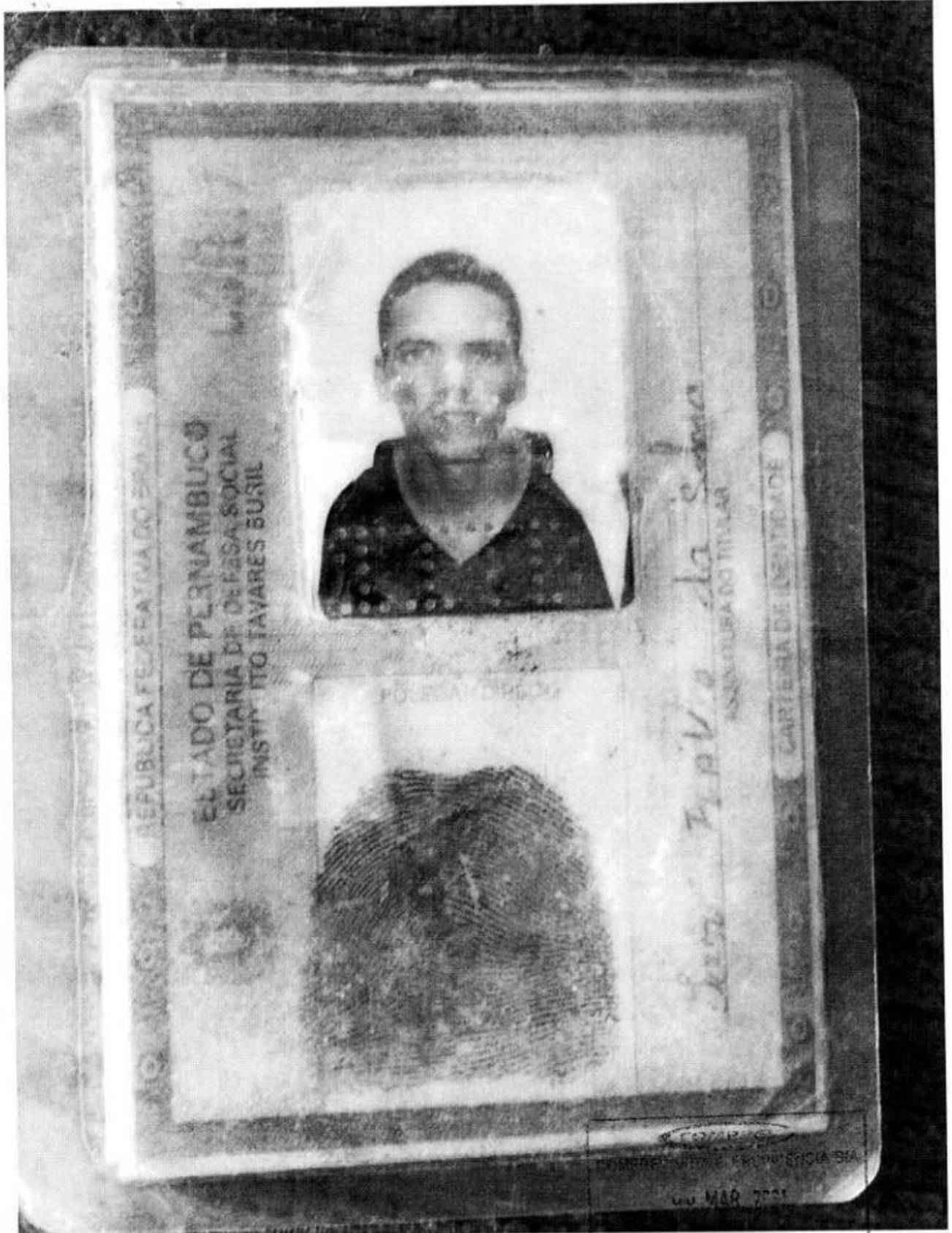
Bezerros PE; 17/12/2020

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE
Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN – PE Nº 142524





PROTÓTIPO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
MAR 2021
PROTOCOLO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

E 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PERNAMBUCO

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZEF 133V CART. SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

24/07/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.106 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 MAR 2021
PROTÓCOLO





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

053.707.774-03

Nome

JOSE FLAVIO DA SILVA

Nascimento

24/07/1981



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO
AGÊNCIA REGISTRO



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

TURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

rnambuco

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS
BEZERROS PE
55660-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017803276	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
01/07/2020	27/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	0,90

AO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,00000003	0,00
30,0000000	0,00000003	0,00
		0,90





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000143**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2021** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 01** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG): 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

rf

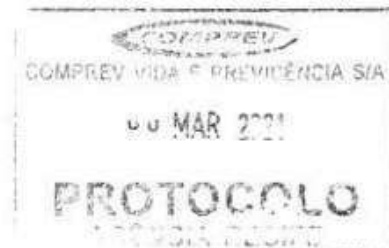


Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Flavio da Silva

JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000144**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/02/2021** às **16:04**

Complementa o BO Número: **21E4143000143**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 1** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... (AUTOR \ AGENTE)
JOSE FLAVIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG): 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .



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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLE8145 (PERNAMBUCO/BEZERROS)** Renavam: **557731690** Chassi: **9C2KC1670DR021954**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE ADRIANO MONTEIRO**

Complemento / Observação



DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

José Flavio da Silva
JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

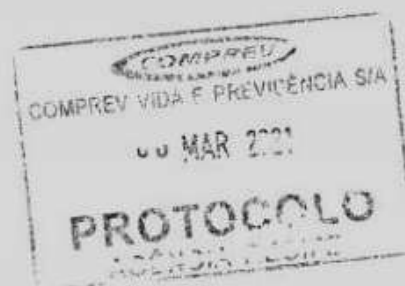
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

C. Almeida





Ag 2192
Conta 85994-2
013 operação
poupança



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403

7 - Profissão: Relacionado 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasoturo (ou nasotura)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

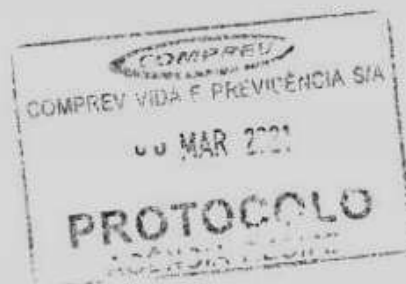
Assinatura da testemunha

Bezerros - PE - 11-02-2021
- José Floriano da Silva





Ag 2192
Conta 85994-2
013 operação
poupança



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403

7 - Profissão: Reluzou-le 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasoturo (ou nasotura)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? Sim Não

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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

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

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021
- José Floriano da Silva





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, 08 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210156102

Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA

Data do Acidente: 26/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE FLAVIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01307/01308 - carta_05 - INVALIDEZ

00020654



Carta nº 16890475



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210121720 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 02, 03, 05 E 06.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO JUDICIAL (3190293010 - 25/11/2017) ANTERIOR PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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: 3210080950 Data de solicitação: 09/04/21
 Nome do beneficiário: Jose Flávio da Silva CPF do beneficiário: 053707774-03
 Nome do solicitante: Jose Flávio da Silva CPF do solicitante: 053707774-03

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9668-1814 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
 E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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:

Segue documentação médica

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 1º ABR 2021
PROTOCOLO

Bezerras, 09/04/21
 Local e Data
Jose Flávio da Silva
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:
 Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.
 Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
 O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210121720 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 02, 03, 05 E 06.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO JUDICIAL (3190293010 - 25/11/2017) ANTERIOR PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102214031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA
1

COD. DE NAVAM
55773169

RHTIC

NOME/ENDERECO
JOSE ADRIANO MONTEIRO
FAZENDA SANTANA 59
CASA ZONA RURAL
EEZERROS-PE 55650-000

CPF/CNPJ
040.713.224-46

PLACA
KLE3145

NOME ANTERIOR
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUAR

PLACA ANT/UF

CHASSI
BC2KC1670DR021954

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTIVEL
ALCO/GASO

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB/ANO MOD.
2013/2013

CAP/POT/CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETO

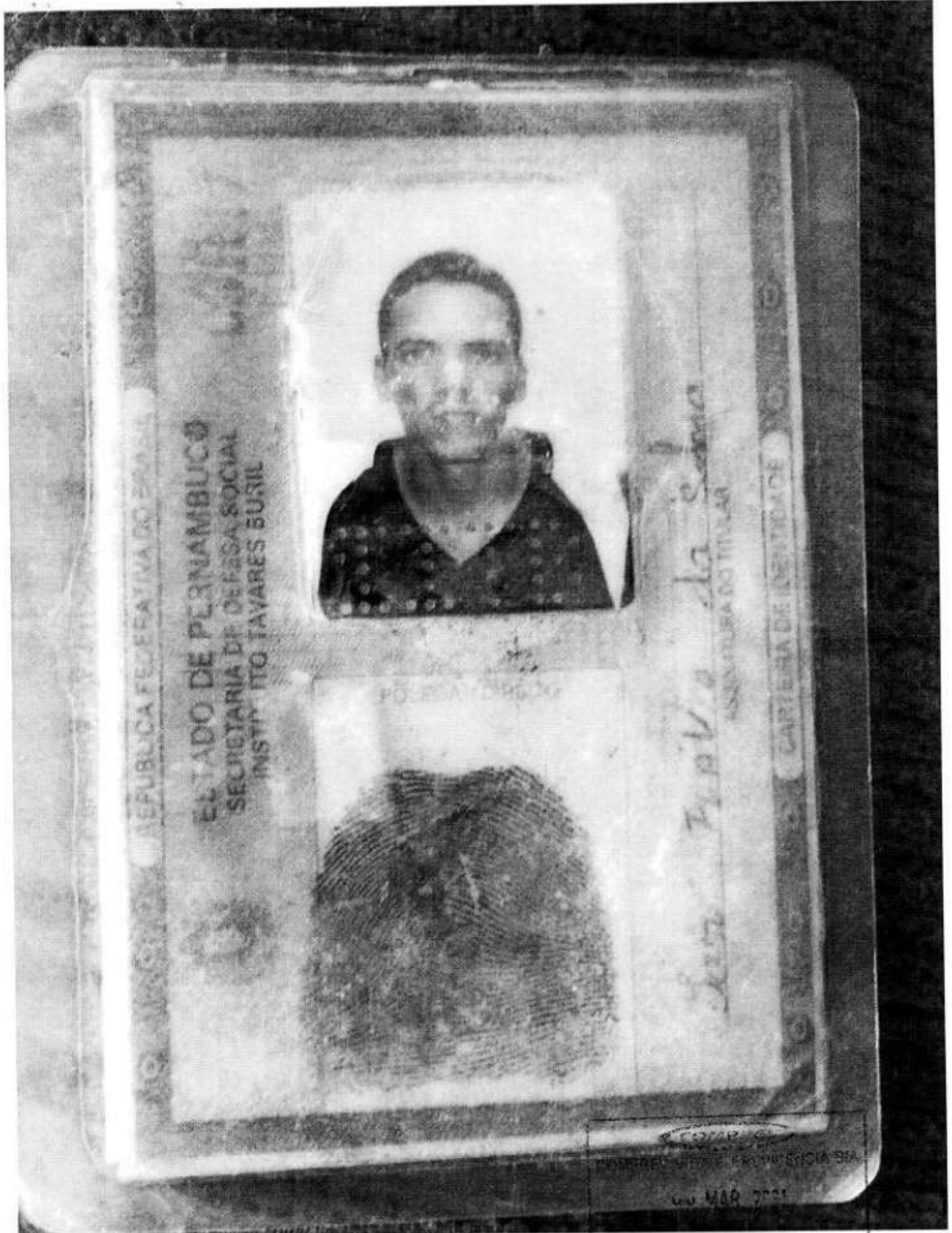
20134279

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA PROTOCOLO

LOCAL
EEZERROS-PE

DATA
06/08/16





PROTOCOLO
AGÊNCIA DE DEFESA SOCIAL



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

E 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PERNAMBUCO

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZEF 133V CART. SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

24/07/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.106 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 MAR 2021
PROTÓCOLO





Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

053.707.774-03

Nome

JOSE FLAVIO DA SILVA

Nascimento

24/07/1981



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO
AGÊNCIA REGISTRO



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

TURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

rnambuco

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS
BEZERROS PE
55660-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017803276	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
01/07/2020	27/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	0,90

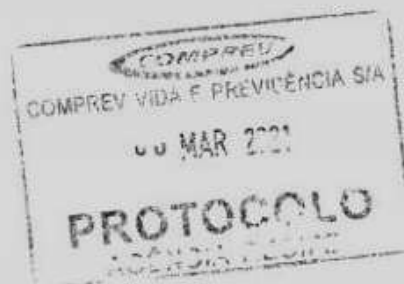
AO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,00000003	0,00
30,0000000	0,00000003	0,00
		0,90





Ag 2192
Conta 85994-2
013 operação
poupança



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403

7 - Profissão: Relacionado 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasoturo (ou nasotura)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

Bezerros - PE - 11-02-2021
 - José Floriano da Silva

