

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

320045662501

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENO JOAO DE LEMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000062150

Número da Autenticação

FC9A63F54FBB117F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200456625

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

Data do acidente: 03/06/2020

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. P2/6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P3
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200456625

Nome do(a) Examinado(a): ELENO JOAO DE LEMOS

Endereço do(a) Examinado(a): R CASTRO ALVES, 51, , Gravatá/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDS-PE / 2822831

Data e local do acidente: 03/06/2020 - Gravatá/PE

Data e local do exame: 23/12/2020 - Caruaru/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.27084 , longitude: -35.978

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura distal da fíbula direita.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

tratamento conservador. Evoluiu com marcha claudicante, edema (+++/++++)

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofas no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Dano do tornozelo direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

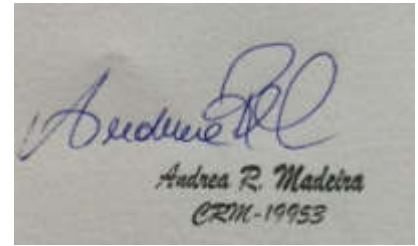
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Andrea R. Madeira
CRM-19953

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200456625

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

Data do acidente: 03/06/2020

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal da fíbula direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar com orientações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

ORTOGANTE: DATA DO ACIDENTE 03/06/2020 SINISTRO: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: ELENO JOÃO DE LEMOS

RG: 2.822.831

CPF: 477.854.544-34

Estado Civil: CASADO

Endereço: RUA: CASTRO ALVES

Profissão: AGRICULTOR

Nº 51 bairro: CRUZEIRO

GRAVATA' IPE CEP: 55644-300 neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

N: Bairro:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vitima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.


OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

GRAVATA', 14, OUTUBRO, 2020

Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364824/20

Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

CPF: 477.854.544-34

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 03/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELENO JOAO DE LEMOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ELENO JOAO DE LEMOS : 477.854.544-34

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: 16/12/2020
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200456625

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

Data do acidente: 03/06/2020

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal da fíbula direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar com orientações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

Nº **014084469528**

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VA	COD RENAVAM	RNTRO	EXERCICIO
1	731514149	*****	2019

NOME

ELENO JOAO DE LEMOS

GRAVATA-PE

CPF/CNPJ	PLACA
477.854.544-34	XLP0033

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	9C2JC2010YR028721

ESPECIE TIPO

COLETA

COMBUSTIVEL

ALCOOL

HONDA/CG 125 TITAN RS

CAP/POT/OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/124CL	PARTIC	AZUL

GOTA UNICA	VENIC. GOTA UNICA	VENIC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
FAXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
A 1	*****	3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)	ICF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO		SEGURO OBRIGATORIO	

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

PROVA DO PAGAMENTO DE PORTO OBRIGATORIO

PROVA DO PAGAMENTO DE IPTU E ENFIMCIA

Marcelo Correia

GRAVATA-PE	DATA
Marcelo Bruto da Costa Correia	09/01/19

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364824/20

Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

CPF: 477.854.544-34

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 03/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELENO JOAO DE LEMOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ELENO JOAO DE LEMOS : 477.854.544-34

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: 16/12/2020
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Marta Marinho dos Santos



REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Geres	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V	CNES 2435802	Vítima Nº	
	Data do atendimento 03/06/2020 às 2000-01-01 08:25:00 -0200	Número de Registro/Prontuário 000023841		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome ELENO JOAO DE LEMOS			
	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Data de nascimento 26/06/1963 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
	Idade 56 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Ocupação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
	Município de residência Gravatá - PE	Código IBGE 260640		
	Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input checked="" type="checkbox"/> 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Dia da semana do acidente <input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG <input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB	Tipo de Vítima <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente <input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	
	Acidente relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Tipo de acidente <input type="checkbox"/> 1 Colisão/abalroamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	Outra parte envolvida no acidente <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	
	Fatores relacionados ao acidente	Excesso de velocidade <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de sinto de segurança pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	Avanço de sinal <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
	Uso de celular pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de bebida alcoólica pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Sono do condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de capacidade pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica
	Condutor tem habilitação <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica			
	Outro fator relacionado ao acidente			
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela <input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
	Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela <input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Transferência da Vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? _____ <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Obsevações			



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 471276
 PACIENTE: ELENO JOAO DE LEMOS
 GENITORA: JOSEFA SEVERINA DA LEMOS
 DATA DE NASCIMENTO: 26/06/1963 IDADE: 56
 ENDEREÇO: CASTRO ALVES
 BAIRRO: CRUZEIRO
 PONTO DE REFERENCIA: CASA

DATA: 03/06/2020
 HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:25
 CNS: 706402606354680
 TELEFONE:
 SEXO: Masculino
 Nº: 63
 CIDADE: GRAVATA
 ACOMPANHANTE: SAMU
 COR: Sem informação
 UF: PE
 CEP: 55640-000

HDA

Paciente vítima de Gloriosa Leno-mo
 e queimadura de 1º e 2º grau

EXAME FÍSICO

Exame físico: COTL, AAA, e peso
 Glasgow: 15.
 Pulso irregular e fraco

EXAMES SOLICITADOS

Rx de Tórax - Rx para D 1/2 superior

HD

Substância de origem ou fonte 1

Dr. Cleto Gilberto Siqueira
 Clínica Geral
 CREMEPE - 2950

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Carlos F. M.
 Médico
 CRM 17.876

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

• *Transtorno 100 g. S.F. 9.9.100*

*Irly Alves Bezerra
Apoio Especializado
CRM 25.974*

*Dr. Cláudio Feres
Médico
CRM 25.974*

Em 02/06/2012 às 10h

Riancaupê

*Revisão no 1º de M.F.D. feita a 19/06/12
de M.F.D. por revisão.
Foi realizada por outorgado*

*Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira
Clínico Geral
CREMEPE - 2950*

*Substituído em nome de
Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira
Clínico Geral
CREMEPE - 2950*

ALTA

HORA:

DATA
02/06/12

CURADO
 MELHORADO
 A PEDIDO
 TRANSFERIDO
 ADMINISTRATIVO
 ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 471276
 PACIENTE: ELENO JOAO DE LEMOS
 GENITORA: JOSEFA SEVERINA DA LEMOS
 DATA DE NASCIMENTO: 26/06/1963 IDADE: 56
 ENDEREÇO: CASTRO ALVES
 BAIRRO: CRUZEIRO
 PONTO DE REFERENCIA: CASA

DATA: 03/06/2020
 HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:25
 CNS: 706402606354680
 TELEFONE:
 SEXO: Masculino Nº: 63
 CIDADE: GRAVATA
 ACOMPANHANTE: SAMU

COR: Sem informação
 UF: PE
 CEP: 55640-000

HDA

*paciente vítima de Glauco crônico,
 com queima de cor e mió*

EXAME FÍSICO

*Exame físico: OTC, AAA, esp. O
 glaucoma: 15
 pupila isocórica e foveolar*

EXAMES SOLICITADOS

Rx de Tórax - Rx para D 1/2 superior

HD

Autos de olhos em foto 1/2

Dr. Cleto Gilberto de Azevedo
 Clínico Geral
 CREMEPE - 2950

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Signature]
 Dr. Cleto Gilberto de Azevedo
 Médico
 CRM 25.776

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGE.

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

0 Troncal 100 g
 9F0,9% 100 - 0
 7:10

Iris Alves Bezerra
 Anestesiologista
 COREN 123174
 9:10

Ex. 03/06/2012 in 10h.

Dianálise

Revisão em 10h do AFD. Surtos e hipotensão
 de AFD. Sem alteração.
 Foi iniciado por computador

Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira
 Clínico Geral
 CREMEPE - 2950

Substituído em 10h por Dr.

Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira

Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira

Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira
 Clínico Geral
 CREMEPE - 2950

ALTA

HORA:

DATA
 03/06/2012

CURADO MELHORADO A PEDIDO
 TRANFERIDO ADMINISTRATIVO ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

[Handwritten Signature]

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



PREFEITURA MUNICIPAL
GRAVATÁ
 AGORA É CRESCIMENTO

SECRETARIA
 MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Etaso foas, de seus

Laudos Médicos

GRAVATA

fausto portador de

fratura tempo do bocado

cv. S 82-6 pa audição

de trânsito.

Alfa Médica

06/11/2020

[Signature]

Dr. Alexandre Bazzani
 Traumatologista-Ortopedia
 CRM-4764-TEOT 1342



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09-R50



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO VAZARIAS

Eleno João de Lemos

CARTeira DE IDENTIDADE

FOLHA DE DIREITO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.822.831

DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/2018

NOME << ELENJO JOÃO DE LEMOS >>

FILIAÇÃO << JOÃO FRANCISCO DE LEMOS >>
<< JOSEFA SEVERINA DE LEMOS >>

NATURALIDADE BEZERROS - PE

DATA DE NASCIMENTO 26/06/1963

DOC. ORIGEM << 075614 01 55 1968 2 00004 230
0002520 35 LAVATA-PE >>

CPF 477.854.544-34

Paulo de Carvalho

ASSINATURA DO DETECTOR DE FALSIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

40000000011019516957790

Adaptado de: Editora Sinares Ltda.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº **014084469528**

VIA	COD RENAVAM	RNTRO	EXERCICIO
1	731514149	*****	2019

NOME

ELENO JOAO DE LEMOS

GRAVATA-PE

CPF/CNPJ	PLACA
477.854.544-34	XLP0033

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	9C2JCB010YR028721

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

HONDA/CG 125 TITAN RS

CAP/POT/OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/124CL	PARTIC	AZUL

GOTA UNICA	VENIC. GOTA UNICA	VENIC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
FAVA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
A 1	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	ICF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO		SEGURO OBRIGATORIO	

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

Marcelo Correia

GRAVATA-PE	DATA
Marcelo Bruto da Costa Correia	09/01/19

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: 47785454434 4 - Nome completo da vítima: ELENO JOÃO DE LEMOS

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

5 - Nome completo: ELENO JOÃO DE LEMOS 6 - CPF: 47785454434
 7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA: CASTRO ALVES 9 - Número: 53 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: CRUZEIRO 12 - Cidade: GRAVATA' 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55644-300
 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 POUAPANÇA (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: 0943 CONTA: 62150 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 nascituro (filho/nascor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
 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 _____

40 - Local e Data, _____
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Eleno João de Lemos
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
 Assinatura do Procurador (se houver) _____



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

DADOS DO CLIENTE
ELENO JOAO DE LEMOS MATRÍCULA: 10578272 N° 101020812
R CASTRO ALVES, N. 00051 - CRUZEIRO GRAVATA PE 55644-300 47785454434
INSCRIÇÃO: 064.270.591.0321.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 010578272

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12B312544	DATA LEIT. ANTERIOR 30/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 29/08/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTA AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 18.251 DE 21.12.54, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE QUE, CASO OS DÉBITOS NÃO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTAÇÃO AOS NOSSOS FUNCIONÁRIOS. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O CORTE E A NEGATIVADAÇÃO DO SEU NOME NO SPC SERASA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

REFERÊNCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
07/2020	15/08/2020	47,69

EMISSÃO: 21/08/2020

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PE COPIS			47,69

PROCURAÇÃO PARTICULAR

ORTOGANTE: DATA DO ACIDENTE 03/06/2020 SINISTRO: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: ELENO JOÃO DE LEMOS

RG: 2.822.831

CPF: 477.854.544-34

Estado Civil: CASADO

Endereço: RUA: CASTRO ALVES

GRAVATA' IPE CEP: 55644-300 neste ato tendo assinado a rogo,

Profissão: AGRICULTOR

Nº 51 bairro: CRUZEIRO

RG:

CPF:

Endereço:

N:

Bairro:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vitima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Eleno João de Lemos
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

GRAVATA', 14, OUTUBRO, 2020

Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS PÚBLICOS




Gleybson Santana do Amaral

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOBRE << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NACIONALIDADE RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

DOC. ORDEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

CPF 847.705.894-68

Ass. Patrício C.G. Alencar
Ass. Patrício C.G. Alencar

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

10172000121012055.7851186 F-76 315.700 - 424

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEYSOU SANTANA DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847705894 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELENO JOÃO DE LEMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 477854544 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELENO JOÃO DE LEMOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 477854544 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
QUA: RIVALDO BALTAR		56	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PRADO	GRAVATA'	PE	55642-155
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		8199228: 5097	

GRAVATA', 14 de OUTUBRO de 2020

Local e Data

Gleison Baltar do Amaral
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09-R50



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO VAZARIAS

Eleno João de Lemos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

FOLHA Nº DIRETO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2.822.831

DATA DE EXPEDIÇÃO

18/10/2018

NOME

<< ELENJO JOÃO DE LEMOS >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO FRANCISCO DE LEMOS >>
<< JOSEFA SEVERINA DE LEMOS >>

NATURALIDADE

BEZERROS - PE

DATA DE NASCIMENTO

26/06/1963

DOC. ORIGEM

<< 075614 01 55 1968 2 00004 230
0002520 35 LAVATA-PE >>

CPF

477.854.544-34

Paulo de Carvalho
ASSINATURA DO DETECTOR DE FALSIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

40040000111613516957790

Y-23 3.907 - 3023

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: **47785454434** 4 - Nome completo da vítima: **ELENO JOÃO DE LEMOS**

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

5 - Nome completo: **ELENO JOÃO DE LEMOS** 6 - CPF: **47785454434**
 7 - Profissão: **RECUSA** 8 - Endereço: **RUA: CASTRO ALVES** 9 - Número: **53** 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: **CRUZEIRO** 12 - Cidade: **GRAVATAÍ** 13 - Estado: **RS** 14 - CEP: **55644-300**
 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 POUAPANÇA (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: **0943** CONTA: **62150** 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 nascituro (filho/nascor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
 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 _____

40 - Local e Data, _____

Eleno João de Lemos
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Juliano Santa do Anjo
 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

616742
PP-0364824/20
3200456625

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0152002817**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/09/2020** às **14:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/6/2020** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA COMENDADOR MIGUEL GASTAO DE OLIVEIRA, 01** - Bairro: -
GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **0000000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ELENO JOAO DE LEMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ELENO JOAO DE LEMOS**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

ELENO JOAO DE LEMOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA SEVERINA DE LEMOS**
Pai: **JOAO FRANCISCO DE LEMOS** Data de Nascimento: **26/6/1963** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2822831/SDS/PE (RG), 47785454434 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **081991659538**

Endereço Residencial: **RUA CASTRO ALVES, 63 - CEP: 0 - Bairro: CRUZEIRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL, MERCADINHO DE NINO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELENO JOAO DE LEMOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELENO JOAO DE LEMOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLP0033** (PERNAMBUCO/GRAVATA) Renavam: **731514149** Chassi: **9C2JC3010YR028721**

VEICULO II (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

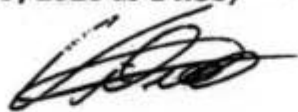
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P. O SENHOR ELENO JOAO INFORMANDO QUE NA DATA CITADA VINHA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA QUANDO PRÓXIMO À PONTE DA RUA DO NORTE UM DESCONHECIDO QUE ESTAVA CONDUZINDO UM AUTOMÓVEL DE COR PRATA COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA VÍTIMA, VINDO ESTA A CAIR NA VIA PÚBLICA, SENDO O SOCORRO ACIONADO POR POPULARES QUE LÁ ESTAVAM, E O CAUSADOR DO ACIDENTE TOMOU DESTINO IGNORADO, NÃO PRESTANDO SOCORRO À VÍTIMA. ESTA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, SOB O NÚMERO DO REGISTRO DO HOSPITAL: 471276. A VÍTIMA RECEBEU ALTA NO MESMO DIA.

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

ELENO JOAO DE LEMOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VILMARIO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3871770**
(Liberado em **23/09/2020** às **14:56**)



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200456625

Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

Data do Acidente: 03/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELENO JOAO DE LEMOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ELENO JOAO DE LEMOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000062150-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

