

BANCO BRADESCO 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: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

320047479704

VALOR TOTAL:

4.725,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: URIAS JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01695

CONTA: 000000038086

Número da Autenticação

BANCO BRADESCO 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: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

320047479703

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: URIAS JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01695

CONTA: 000000038086

Número da Autenticação

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474797

Cidade: Belém do São Francisco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2020

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA (PG 2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
PG 2/5 - EVOLUÇÃO

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 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474797

Cidade: Belém do São Francisco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2020

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura dos osso da perna esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, com encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsalofalangeana aos 15°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Limitação funcional grave nos movimentos da perna esquerda, com déficit de força muscular, hipotrofia muscular e marcha claudicante com apoio

Resultados terapêuticos: Foi realizado procedimento cirúrgico. Apresentou osteomielite em perna esquerda, sendo realizado novo procedimento cirúrgico
Alta médica

Sequelas permanentes: Deficit funcional severo em membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/03/2021

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente em 25 % do membro inferior esquerdo, após nova avaliação recebe indenização complementar.

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 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200474797

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), URIAS JOSE DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **URIAS JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001695-0**

Conta: **00000038086-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200474797

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), URIAS JOSE DA SILVA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: $52,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 7.087,50

Recebedor: **URIAS JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000001695-0**

Conta: **00000038086-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



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: 121.448.414-03 4 - Nome completo da vítima: Urias Jose 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: Urias Jose da Silva 6 - CPF: 121.448.414-03
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: FZ Rancho dos homens 9 - Número: 13 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Ruaço pequeno - Rural 12 - Cidade: Belém de São Francisco 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55910-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81) 96344907

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 01599 CONTA: 038086
(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) 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 nascituro (vai nascer)? 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, Serra Talhada - PE 14.12.2020.

X URIAS JOSE DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rosana de Menezes Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 191ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAUBEIRA DA PENHA - DP191ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0281000146

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/11/2020 às 08:53

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/3/2020 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, FAZENDA CANOA, ZONA RURAL DE BELEM DO SAO FRANCISCO. - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL.
Local do Fato: FAZENDA / CANOA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR/AGENTE)
ELIEZER JOSE DA SILVA (NOTICIANTE)
ELIO PEDRO DA SILVA (TESTEMUNHA)
FRANCISCO JOSE DA SILVA (TESTEMUNHA)
URIAS JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ELIEZER JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M ãe: ANA JOSEFA DA SILVA Pai: JOSE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 17/7/1986 Naturalidade: BELEM DE SAO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6874148808/PE (RG), 06162108464 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 986124029
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, LAGOA DA PEDRA VERMELHA, RANCHO DOS HOMENS - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL

URIAS JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino M ãe: ANA JOSEFA DA SILVA Pai: JOSE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 29/2/1997 Naturalidade: BELEM DE SAO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9082918908/PE (RG), 12144841403 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 986124029
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, LAGOA DA PEDRA VERMELHA, ZONA RURAL - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL

ELIO PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino M ãe: MARIA JOSEFA DOS SANTOS Pai: PEDRO ROMÃO FILHO Data de Nascimento: 14/4/1981 Naturalidade: CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6628976608/PE (RG), 09670288472 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, FAZENDA CANOAS, ZONA RURAL - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL

FRANCISCO JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino M ãe: ANA JOSEFA DA SILVA Pai: JOSE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 28/1/1981 Naturalidade: BELEM DE SAO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 69867871808/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, FAZENDA LAGOA DA PEDRA VERMELHA - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL

OUTRO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido M ãe: D Pai: D Data de Nascimento: 1/1/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): URIAS JOSE DA SILVA

Categoria/Modelo: MOTO: MOTOCICLETA/HONDA/125 TITAN FS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Fabricação: BELÉM DO SÃO FRANCISCO (MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO) Renovar: 71888822 Chassi: 802J22800K10000
Ano Fabricação: 1999/1999 Combustível: GASOLINA
Descrição: A MOTO/ICICLETA ESTÁ EM NOME DE JOSE MANOEL DA SILVA

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARECEU NESTA DEPOL COMUNICANDO QUE, NO DIA 17/09/2020, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, SEU IRMÃO URIAS JOSE DA SILVA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA, DE PLACA KIM-8563, NA ESTRADA VICINAL, ENTRE O DISTRITO DE BARRA DO SILVA, ZONA RURAL DE CARNAUBEIRA DA PENHA E O DISTRITO DE RIACHO PEQUENO, ZONA RURAL DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO, SENTIDO RIACHO PEQUENO, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA FAZENDA CANOA, MUNICÍPIO DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO, DE PROPRIEDADE DE DONA "NANZINHA", PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO DERRAPAR NA ESTRADA, E CAIU, FRATURANDO A PERNA ESQUERDA. RELATA AINDA QUE SEU IRMÃO FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE ARMANDO JOSE DA SILVA, RESIDENTE NA FAZENDA CANOA, PARA O HOSPITAL DE CARNAUBEIRA DA PENHA, E DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI REMOVIDO PARA O REGIONAL DE SERRA TALHADA.

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

ELIEZER JOSE DA SILVA

ELIEZER JOSE DA SILVA
(NOTICIANTE)

S.O. registrado por: AECIO DE BARROS XAVIER - Matrícula: 2214298



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: 121.448.414-03 4 - Nome completo da vítima: Urias Jose 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: Urias Jose da Silva 6 - CPF: 121.448.414-03
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: FZ Rancho dos homens 9 - Número: 13 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Ruaço pequeno - Rural 12 - Cidade: Belém de São Francisco 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56910-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81) 96344907

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: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 01599 CONTA: 038086 5
(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) 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 nascituro (ou nascos)? 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, Serra Talhada - PE 14.12.2020.

X URIAS JOSE DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rosana de Menezes Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

L de 26/04/02

CELPE

DADOS DO CLIENTE
ANA JOSEFA DA SILVA

CPF: 043.759.204-85

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ RANCHO DOS HOMENS 13 ANA JOSEFA

RIACHO PEQUENO RURAL RIACHO PEQUENO
BELÉM DE SÃO FRANCISCO PE
56440-000

CLASSIFICAÇÃO
E1 RURAL
RESIDÊNCIA DE TRABALHADOR RURAL
Mortifício

NUM. CONTADOR	11/2020
4006287101	
DATA DE INSCRIÇÃO	09/12/2020
16/11/2020	
101,31	

SPED. ENERGIA	SPED. UNICA	SPED. ENERGIA
131258919	UNICA	08/11/2020
SPED. ENERGIA	SPED. UNICA	SPED. ENERGIA
22 11/2020	2020438723	UNICA

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR BR
Consumo Abon(IA) TUBO	149.000000	0.2672359	39.91
Consumo Abon(IA) TE	149.000000	0.28584989	42.58
ICMS Substância CDE NF 123267008-040970			0.52
			101,31

TOTAL DA FATURA

NUM. CONTADOR	DATA	LEITURA	VALOR
11/2020	26/11/2020	22844,32	149,32



CONTRIBUIÇÃO NO CANTARÃO	VALOR DO IMPORTE	%
ICMS	0,88	0,87%
PIS	4,43	4,36%
COFINS	4,43	4,36%
Total	9,74	9,62%

CONTRIBUIÇÃO NO CANTARÃO	VALOR	%
Carregio de Energia	2,12	2,09%
Transmissão	4,41	4,36%
Substituição (Cabo)	22,84	22,73%
Perdas de Energia	2,28	2,26%
Encargos Sociais	1,47	1,45%
Tributos	37,80	37,38%
Total	68,92	68,01%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Para obter mais informações sobre o serviço de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800-012345. O cliente é responsável pelo pagamento das contas em prazo e valor corretos. Celpe não se responsabiliza por interrupções de serviço devido a problemas de manutenção. Pague em dia para garantir o melhor preço. Celpe é uma empresa pública sob o controle da Administração Pública Federal. Celpe é uma empresa pública sob o controle da Administração Pública Federal. Celpe é uma empresa pública sob o controle da Administração Pública Federal.

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	VALOR	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE MENSAL
CONTADO	400000	12,36	24,71	8,11
30 DIAS	0,00	7,67	15,34	5,08
60 DIAS	0,00	6,79	13,58	4,53

Atividade gerada em sistema de gestão de contas de energia elétrica. Celpe é uma empresa pública sob o controle da Administração Pública Federal. Celpe é uma empresa pública sob o controle da Administração Pública Federal. Celpe é uma empresa pública sob o controle da Administração Pública Federal.

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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.

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 ILEGAIS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Roxana de Menezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.714 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Unias Jose da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.448.414 / 03
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Unias Jose da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.448.414 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Peixeira Renda: Peixeira 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: <u>Rua Francisco Clavo</u>	Número: <u>100</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:		CEP: <u>56912-130</u>
		Tel.(DDD): <u>1871 996344907</u>

Local e Data: Serra Talhada - PE 14.12.2020

Roxana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante



BOLETIM DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 27/09/20 HORA ATENDIMENTO: 18:56 h. Nº DO REGISTRO: _____
 NOME: Unas José da Silva SEXO: MASC (x) FEM ()
 IDADE: 23a DT NASC.: 28/1/01/97 COR: _____ INDIO: SIM () NÃO () ÉTNIA: _____
 MÃE: Uma Tereza da Silva
 PAI: José Otávio da Silva
 CNS Nº 109 4637 0927 8466 R.G. Nº _____ CPF Nº _____
 ENDEREÇO: Rua Pládia Carneira Nº _____
 BAIRRO: Santa Luzia CIDADE: C. da Penha
 PROFISSÃO: Agente de Saúde ESTADO CIVIL: Solteiro
 RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE: O Unas
 CONTATO: _____ NATURALIDADE: Buenos Aires P.
 S. VITAIS: T: _____ °C; FR: _____ RPM; FC: _____ BPM; P.A. X mmHg; PESO: _____ kg; HGT: _____ mg/dl

TIPO DE ATENDIMENTO: Clínico (); Pediátrico (); Obstétrico (); Cirúrgico (); Acid. de Trabalho (); Acid. Automobilístico ();
 Agressão (); Psiquiátrico (); Outros (). _____

HISTÓRICO DO PACIENTE

— + — os Unas
 Diagnóstico: 1) Feb. osses da perna CID: 3

CONDUTA REALIZADA/EXAME CLÍNICO

Procedimento: _____ Código: _____

MEDICAÇÃO PRESCRITA

— Unas — 01 — 18:56
— DTPI 2005 + Dn — 01 — 18:56

Assinatura e Carimbo Médico(a)

Assinatura e Carimbo Enfermeiro(a)

Assinatura e Carimbo Tec/Aux Enfermagem

FRANCISCO JOSÉ DA SILVA

ASSINATURA/IMPRESSÃO DIGITAL DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Maiara Torres

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA

10-5

Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde - Secretaria de Saúde Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital Francisco Anselmo Ltda. 2 - CNES: 2517124 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital Francisco Anselmo Ltda. 4 - CNES: 2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO: CPF 02144841403 NOME ATEND.: UNIAS JOSI DA SILVA 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 68408809288466 6 - SIS PRENATAL: 7 - SENHA/REGULAÇÃO: 8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 9 - NOME DO PACIENTE: UNIAS JOSI DA SILVA 10 - DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1997 11 - SEXO: Masc. [X] Fem. [] 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Ana Jozia da Silva 13 - TELEFONE DE CONTATO: 81 88124029 14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO): Rua ... 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: ... 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 17 - UF: 18 - CEP: 19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO: JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TRATAMENTO INICIAL (3) E1 FICAP

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

Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA NOS OSSOS DO OMBRO (3)

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S82.3

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRT cirúrgico nos ombros do paciente

27 - COD. DO PROCEDIMENTO: 0408.050543

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Ebenone Antônio da Silva Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 15122

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/09/20

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Francisco ... CRM: 5382

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

- () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGAO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/H)

47 - DOCUMENTO

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

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA: melhora do CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletivo DATA DA INTERNAÇÃO: 23/09/2020

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

CLÍNICA

CIRURGICA

Atendimento: 23/09/2020

Prontuario: 00047996

Registro: 00101598

Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: URIAS JOSE DA SILVA

Data Nascimento: 28/02/1997 Idade: 23 Anos, 7 Meses Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: Nacionalidade:

Filiação: Pai: JOSER MANOEL DA SILVA Mãe: ANA JOSEFA DA SILVA

Endereço: FAZENDA MINGU

Barro: JOSE VIRGULINO Cidade: CARNAUBEIRA DA PENHA Estado: RE Nº: 480

Telefone: 988124029

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA NA PERNA E

Diagnóstico Inicial: FRATURA NOS OSSOS DA PERNA

SADT

Diagnóstico Final: O NENHUM

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [] Decisão Médica []
Inalterado [] Alta a Pedido []
Piorado [] Transferência []
Óbito+48h [] Evasão []
Óbito-48h [] Indisciplina []

Óbito em / / Hora:

Data do Internamento: 23/09/2020

Data da Alta: 25/09/2020

Dr. Ebone A. Silva

Ortopedia - Traumatologia

CRM: 15.122

CPF: 882.723.544-20

Médico Responsável

Início:

Término:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesiista:

CÃO CIRURGICA

- 01 - placa em T 4,5 8x2
- 02 - parafuso cont. 4,5 n. 20
- 04 - parafuso cont. 4,5 n. 28
- 04 - parafuso con. 4,5 n. 34

Dr. Ebenêze A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15.122
CPF: 882.722.544-20

Assinatura do Cirurgião

Relatório Médico de Alta

Nome: **URIAS JOSE DA SILVA**
Reg.: 283585 Pront.: 226734
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 28/02/1997
Conv.: SUS

Idade: 24
Admissão: 19/02/2021 09 28 Alta: 20/02/2021 08 18



Admissão:
OSTEOMIELITE EM PERNA

Evolução / Conduta:
RET DE SÍNTESE

Diagnóstico:
Principal M86.9 OSTEOMIELITE NÃO ESPECIFICADA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
TRAUMATO-ORTOPEDIA	19/02/2021 09:28	19/02/2021 11:52	2 horas(s)
ALA CIRURGICA	19/02/2021 11:52	20/02/2021 08:18	1 dia(s)

Orientação:
AO AME
MANTER ANTIBIOTICOS E CURATIVOS
USAR MULETAS.

Condição de Alta: Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. ADELMO SERGIO LAGE DE ALMEIDA
CRM: 20469

Dr. José Luis de A. Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CREFITE nº 456 TEL: 15081

Relatório Médico de Alta

Nome: **URIAS JOSE DA SILVA**
Reg.: 283585 Pront.: 226734
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 28/02/1997
Conv.: SUS

Idade: 24
Admissão: 19/02/2021 09 28 Alta: 20/02/2021 08 18



Admissão:
OSTEOMIELITE EM PERNA

Evolução / Conduta:
RET DE SÍNTESE

Diagnóstico:
Principal M86.9 OSTEOMIELITE NÃO ESPECIFICADA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
TRAUMATO-ORTOPEDIA	19/02/2021 09:28	19/02/2021 11:52	2 horas(s)
ALA CIRURGICA	19/02/2021 11:52	20/02/2021 08:18	1 dia(s)

Orientação:
AO AME
MANTER ANTIBIOTICOS E CURATIVOS
USAR MULETAS.

Condição de Alta: Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. ADELMO SERGIO LAGE DE ALMEIDA
CRM: 20469

Dr. José Luis de A. Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CREFITE nº 456 TEL: 15081

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA GESTÃO DE TRÁFICO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CAMPANHA NACIONAL DE REGISTRO DE VEÍCULOS

NOME
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 6870802 SDR PE

CNPJ 051.394.744-25 **DATA NASCIMENTO** 19/08/1983

Relação
 ARCEMO PEREIRA DA SILVA
 A
 MARIA JOSE DE MENEZES
 SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 000000000000000000 000000000000000000 AD

Nº REGISTRO 04935894409 **VALIDADE** 08/01/2025 **1ª HABILITAÇÃO** 06/05/2010

OBSERVAÇÕES
 A

para de M. S. Cavalcante
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL SERRA TALHADA, PE **DATA EMISSÃO** 09/01/2020

Roberto Carlos Farias
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR 96541934980
 P2096975440

PERNAMBUCO

DEBTRAN CONTRAN

DF AC AP AN UN CES GO LA MT MS N

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1933955697

PROIBIDO PLASTIFICAR 1933955697

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TROPES MURIL

12 R 11



POLEGAR DIREITO



URIAS JOSE DA SILVA

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TROPES MURIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.092.618 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/08/2010

NOME << URIAS JOSÉ DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ MANOEL DA SILVA >>
<< ANA JOSEFA DA SILVA >>

NATURALIDADE BELEM DE SÃO FRANCISCO - PE DATA DE NASCIMENTO 28/02/1997

DOC. ORIGEM << CN 15979 L 144 F 26 CART. BELEM, O SÃO FRANCISCO-PE 03.03.1997 >>

CNPJ

LEI Nº 7.116 DE 2006

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
121.448.414-03

Nome
URIAS JOSÉ DA SILVA

Nascimento
28/02/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

6804-03885

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: 3200 4747 97

Data da solicitação: 11.03.2021
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Urias Jose da Silva

CPF do beneficiário: 121.418.411-03

Nome do solicitante: Urias Jose da Silva

CPF do solicitante: 121.418.411-03

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (87) 96344907
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
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

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 IMI
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

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

Senna Lanhada - PE 11.03.2021

Local e Data

X URIAS JOSE 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: 3200474797

Cidade: Belém do São Francisco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2020

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA (PG 2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
PG 2/5 - EVOLUÇÃO

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 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474797

Cidade: Belém do São Francisco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2020

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, EVOLUI COM OSTEOMIELETTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *DOC PÁG. 01 02 // SINISTRO ATUAL INDENIZADO EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.// SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

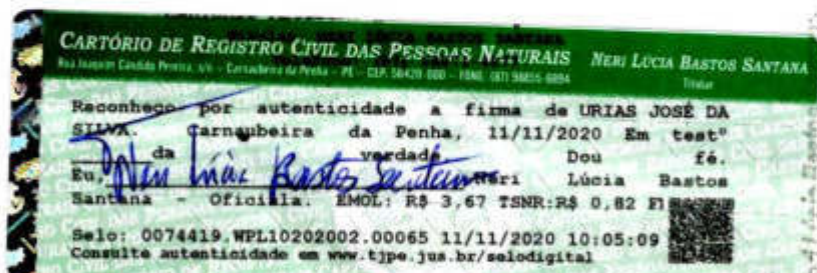
1. Outorgante Urias Jose da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 9.092.618 expedido por SDS-PE em
09/08/2010 inscrito no CPF sob o nº 121.448.444-03 residente na
F3 Rancho dos Homens nº 13
complemento Casa Bairro Riacho pequeno - Rural cidade
Belem de São Francisco Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802 expedido por SDS-PE em
29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25 residente na
Rua Francisco Olavo nº 110
complemento Casa Bairro IPSEP cidade
Serra Talhada Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

Serra Talhada - PE 10 de Dezembro de 2020

Outorgante URIAS JOSE DA SILVA



Neri Lucia Bastos Santana
Oficial AD-100
CPF: 752.203.004-39
Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380732/20

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

CPF: 121.448.414-03

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 17/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: URIAS JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

URIAS JOSE DA SILVA : 121.448.414-03

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: 30/12/2020
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380732/20

Número do Sinistro: 3200474797

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

CPF: 121.448.414-03

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 17/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: URIAS JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/03/2021

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2021

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA

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 ASU: **3200774797** 3 - CPF da vítima: **121.448.414-03** 4 - Nome completo da vítima: **Urias Jose 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: **Urias Jose da Silva** 6 - CPF: **121.448.414-03**

7 - Profissão: **Agri Cultor** 8 - Endereço: **FZ Rancho dos homens** 9 - Número: **13** 10 - Complemento: **casa**

11 - Bairro: **Ruacho pequeno - Rural** 12 - Cidade: **Belém de São Francisco** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56340-000**

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(87) 96344907**

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **1695** CONTA: **038 086** **5**
(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) 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 nascituro (al nascer)? 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

Impressão digital do 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

40 - Local e Data, **Serra Talhada - PE 03.02.2021**

X URIAS JOSE DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rosana de Menezes Silva Cavalcanti
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 3200474797

Nome do(a) Examinado(a): URIAS JOSE DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): FZ RANCHO DOS HOMENS , 13 , Belém de São Francisco/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 9892618

Data e local do acidente: 17/09/2020 - /PE

Data e local do exame: 23/03/2021 - Ouricuri/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.93787 , longitude: -40.22712

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura dos osso da perna esquerda

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

Foi realizado procedimento cirúrgico. Apresentou osteomielite em perna esquerda, sendo realizado novo procedimento cirúrgico

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

Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, com encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsfalangeana aos 15°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Limitação funcional grave nos movimentos da perna esquerda, com déficit de força muscular, hipotrofia muscular e marcha claudicante com apoio

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.

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

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



Dr. Lauro de Souza Lima
CRM 10.000/00000
R. 1000, 1000