

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Glauco da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794/51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José André de Lira inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.342.794/83, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima José André de Lira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.342.794/83, 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 <u>Rua da Alegria</u>		Número <u>317</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Limoeiro</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.700-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87)</u> <u>99938-8886</u>

Limoeiro-PE de 21 de Maio de 2019.  
Local e Data

Glauco da Silva Coutinho  
Assinatura do Declarante

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/05/19



Governo Municipal

**JOÃO  
ALFREDO**  
JUNTOS CONSTRUÍMOS MAIS

PREFEITURA DE JOÃO ALFREDO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

CÓD. DA UNID. 2715287 | CNPJ: 11.097.359/0001-45 | DATA ATEND. 04/12/18 | HORA ENT.: 27:32

PACIENTE: José André de Souza | SEXO: M | IDADE: 26-04-83

ENDEREÇO: Lot Dan Zinha | MUNICÍPIO: J.A

R.G.: | RESPONSÁVEL: Sr. Severina Louze de Souza

P.A.: 130x90 | TEMPERATURA: 36.0° | PULSO: 78

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:**

Quanto a história de resumo por  
prazo (caso) em resumo ambulatorial de febre

**PROTESE DE DIAGNÓSTICO:**

resumo de MIE

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

ATEND. URG./EMERG.

CONSULTA SIMPLES

OUTROS

**ENCAMINHAMENTO:**

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

INTERNAMENTO

RESID.

OUTROS

**SERVIÇO REALIZADO:**

COD. PROCEDIMENTO

ATIV. PROF.

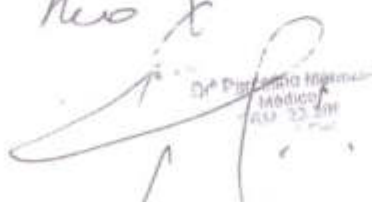
TIPO

GRUPO

FAIXA

**CONDUTA MÉDICA:**

- Atm  
- Sufito neo x

  
Dr. Paulo Roberto de Souza  
Médico  
R. 25.000

Trasferido a/ Hospital público de Freitas 5570200

ASS. MÉDICO/CARIMBO

ASS. RESPONSÁVEL OU BOLEGAR

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
21/09/19





Governo Municipal  
**JOÃO  
ALFREDO**  
JUNTOS CONSTRUÍMOS MAIS

**PREFEITURA DE JOÃO ALFREDO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

**LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA**

UNIDADE DE ORIGEM:

Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

UNIDADE DE DESTINO:

Hospital Otávio de Freitas 5570200

**DADOS DO PACIENTE**

NOME: JOSÉ ANDRADE DE OLIVEIRA 35 anos

CPF

IDENTIDADE

DATA NASCIM.

SEXO

FEM ☐ MASC ☐

**HISTÓRIA CLÍNICA**

Zacate apontando fratura fechada em  
tórax esquerdo (distal). Paciente estável  
em Bom estado geral, consciente,  
orientado, hidratado,

CONDUTA INICIAL:

EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de fêmur esquerdo distal

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

Dr. Marcelino M. P. Junior  
Médico  
CRM-PE 00.539

NOTE SEGURO  
Erica Araújo  
27/09/19



# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME PACIENTE: JOSE ANDRE DE LIRA		Nº DO REGISTRO: 1074748
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO: 13-02
OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS		
1º ASSISTENTE: DR TULIO PORTO	2º ASSISTENTE: DR RICARDO VILLAR	
INSTRUMENTADOR: CINTIA	ANESTESISTA: DRA VERA	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + BLOQUEIO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 15/01/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO + OSTEOTOMIA DE FÊMUR + RADIOSCOPIA		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO LATERAL EM COXA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS
5. EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA SUPRACONDILIANA DE FÊMUR + IDENTIFICADO CALO ÓSSEO IMPORTANTE
6. OSTEOTOMIA DE FÊMUR
7. REDUÇÃO DE FRATURA ARTICULAR DE FÊMUR + FIXAÇÃO COM PARAFUSO
8. REDUÇÃO DE FRATURA SUPRACONDILIANA DE FÊMUR E COLOCAÇÃO DE PLACA LISS + FIXAÇÃO COM PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICAIS
9. LIMPEZA COM SF0,9%
10. APOSIÇÃO DE DRENO
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	01 PLACA ANATOMICA BLOQUEADA PARA FEMUR DISTAL EM TITANEO 08 PARAFUSOS BLOQUEADOS 01 PARAFUSO CORTICAL 01 PARAFUSO ESPONJOSO

Ricardo Vilmar Villar  
Anestico  
CRM-PE 28400

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/01/19



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome:  
JOSE ANDRE DE LIRA

Idade:  
35 Anos 7 Meses 18 Dias

Nasc.  
16/04/1983

Sexo:  
MASCULINO

CNS:  
705403407186691

Contatos:  
81. 96521342 | Celular: 81.

Mãe:  
SEVERINA LUIZA DE LIRA

Endereço:  
LOTEAMENTO DONA DÔNZINHA, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JOAO  
ALFREDO - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 04/12/2018 20:27

Prontuário: 1074748

Nº. Atendimento: 3274544

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:  
MEDICO PLANTONISTA

## Admissão

### Queixa Principal

lesão por esmagamento as 16h com dor e deformidade em joelho esquerdo

### História Clínica

lesão por esmagamento as 16h com dor e deformidade em joelho esquerdo

### Exame Físico

dor + edema + deformidade em joelho esquerdo  
pulso +

### Observações

### Conduta

internamento

EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA - CRM: Nº.61044

*[Handwritten signature]*  
21/01/19

*[Handwritten signature]*  
Dr. Eduardo Caraciolo  
Médico - Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 19203 TEOT 4142

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/09/19





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
<b>Identificação do Paciente</b>		<b>6- Nº DO PRONTUÁRIO</b>	
5- NOME DO PACIENTE JOSE ANDRE DE LIRA		1074748	
9- SEXO MASCULINO		7- (CNS) 705403407186691	
11- NOME DA MÃE DO PACIENTE SEVERINA LUIZA DE LIRA		8- DATA DE NASCIMENTO 16/04/1983	
13- NOME DO RESPONSÁVEL		12- TELEFONE DE CONTATO 81. 96521342   Celular: 81.	
15- ENDEREÇO DO PACIENTE LOTEAMENTO DONA DONZINHA, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JOAO ALFREDO - UF: PE		14- TELEFONE DE CONTATO	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

### 17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dor e deformidade em joelho esquerdo após esmagamento

### 18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura exposta de fêmur

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FÊMUR - S729		21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
34- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
36- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		37- CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	
38- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA - CRM: Nº.61044		31- DATA DA SOLICITAÇÃO 04/12/2018	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38- SÉRIE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41- CBOR
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
<input type="radio"/> EMPREGADO	<input type="radio"/> EMPREGADOR	<input type="radio"/> AUTÔNOMO	<input type="radio"/> DESEMPREGADO
<input type="radio"/> APOSENTADO		<input type="radio"/> NÃO SEGURADO	

## AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO	48- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44- COD ORÇAO EMISSOR	45- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
46- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO		
49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO		

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/09/19



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSÉ ANDRÉ DE LIRA		Nº DO REGISTRO: 1074748
CLÍNICO: ORTOPEDIA		Nº DO LEITO: 13-02
OPERADOR: DR ALEXANDRE RODRIGUES		
1º ASSISTENTE: DR ULYSSES MACEDO	2º ASSISTENTE:	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA VERA VICTOR	
ANESTESIA: SEDAÇÃO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 10/01/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FEMUR DISTAL E		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO E + PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TÍBIA E		
OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. RETIRADA DE FIXADRO EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO E
5. PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TÍBIA ESQUERDAP
6. CURATIVO
7. A SR

Ulysses Barbosa  
Ortopedia Transmembro  
10/01/2019

KOTE SEGURO:  
Erica Araujo  
27/01/19





SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		for Andre de Lima	
CLÍNICA:		Enfermologia	ENF.: 13 LEITO: 2
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
10/01/19		Paciente submetido a cirurgia, internar no leito às 11:30, S/A. 2/( <del>5</del> S/Auto) 2/ Fio cirúrgico em HSE, segue aos cuidados.	
11/01/19		Fisioterapia Noturna (030205001-9) Paciente no aguardo de nova cirurgia, quanto monitoração das articulações livres. Julia Rodrigues Fisioterapeuta CREFITO 134625-F	
12/01/19		ECG, Completo, Orientado, Significativo, AVP HSD, fio K em HSE. Realizado exames Radiológicos per/cor em 11/01/19 Reg. Ass. [assinatura] HOF	
12/02/19		ECG, Completo, Orientado, Significativo, AVP HSD, fio K em HSE. Rosa Rachele do R. B. M. Enfermeira COREN-PE 137462	
15.01.2019		Fisioterapia Noturna (030205001-9) Aguarda cirurgia para hoje, das orientações sobre posicionamento no Por e realiza fisioterapia ativa em art. livres Ana Carolina Barros Fisioterapeuta CREFITO 26.478	
16-1-19		Retornou da SRPA, Completo, Orientado, Significativo, AVP HSD, Significativo + drênio pulmonar em HSD. Aguarda Colita Hemorrágica (Laboratório Clínico) - [assinatura]	



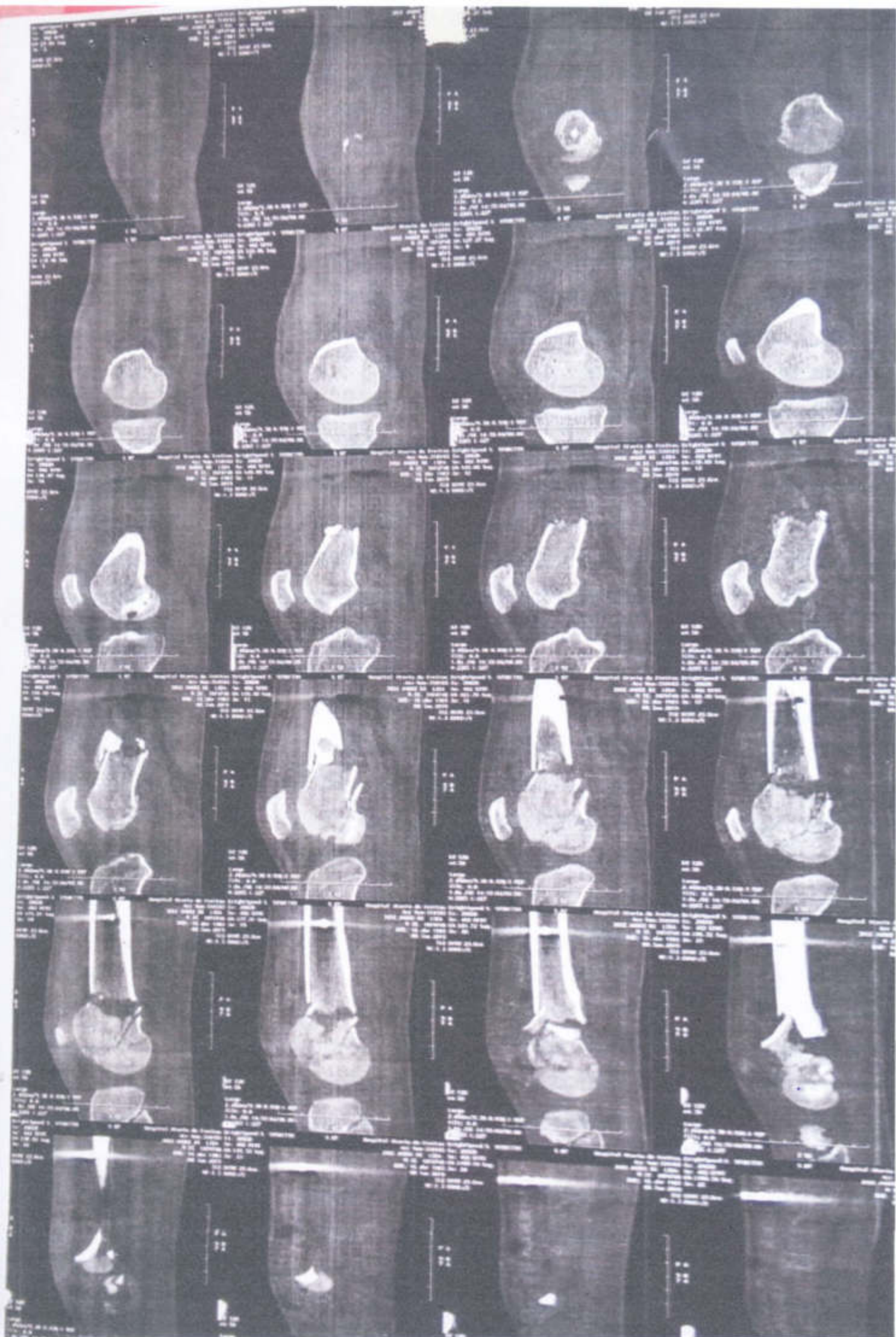
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
15/01/19		<p>EGR, consciente, orientado, eufórico, hiperacioso, PV3 e HSE, membros superiores e HSE CI chamo funcionalmente (distrito hemitórax), diurese clara por SVD. <small>Resposta do R. B. Melo Enfermeira COREN-PE 137482</small></p>
16/01/19		<p>Fimóquena Motora 6030705001-91</p> <p>Paciente no 1º DPO, orientado parcialmente de HTE, manutenção de articularidade e VU- <small>Julia Rodrigues Fisioterapeuta COREN-PE 137482</small></p>
17/01/19		<p>Paciente melhor em EGR, consciente, orientado, eufórico, ausente HSD, diurese ⊕, excreta ⊕, ante D.V. 2/4 no momento, há 2 dias 8/10 com anti-úlcera. <small>Julia Rodrigues Fisioterapeuta COREN-PE 137482</small></p> <p>Seguir com cuidados.</p>
18/01/19		<p>Fimóquena Motora 6030705001-91</p> <p>Paciente 3º DPO, orientado quanto os XHCs para serem realizados no domicílio para ganho de ROM em joelho E, manutenção, parcialmente de HTE. <small>Julia Rodrigues Fisioterapeuta COREN-PE 137482</small></p>
18-1-19		<p>Sau de alta hospitalar - <small>Julia Rodrigues Fisioterapeuta COREN-PE 137482</small></p>

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
27/09/19

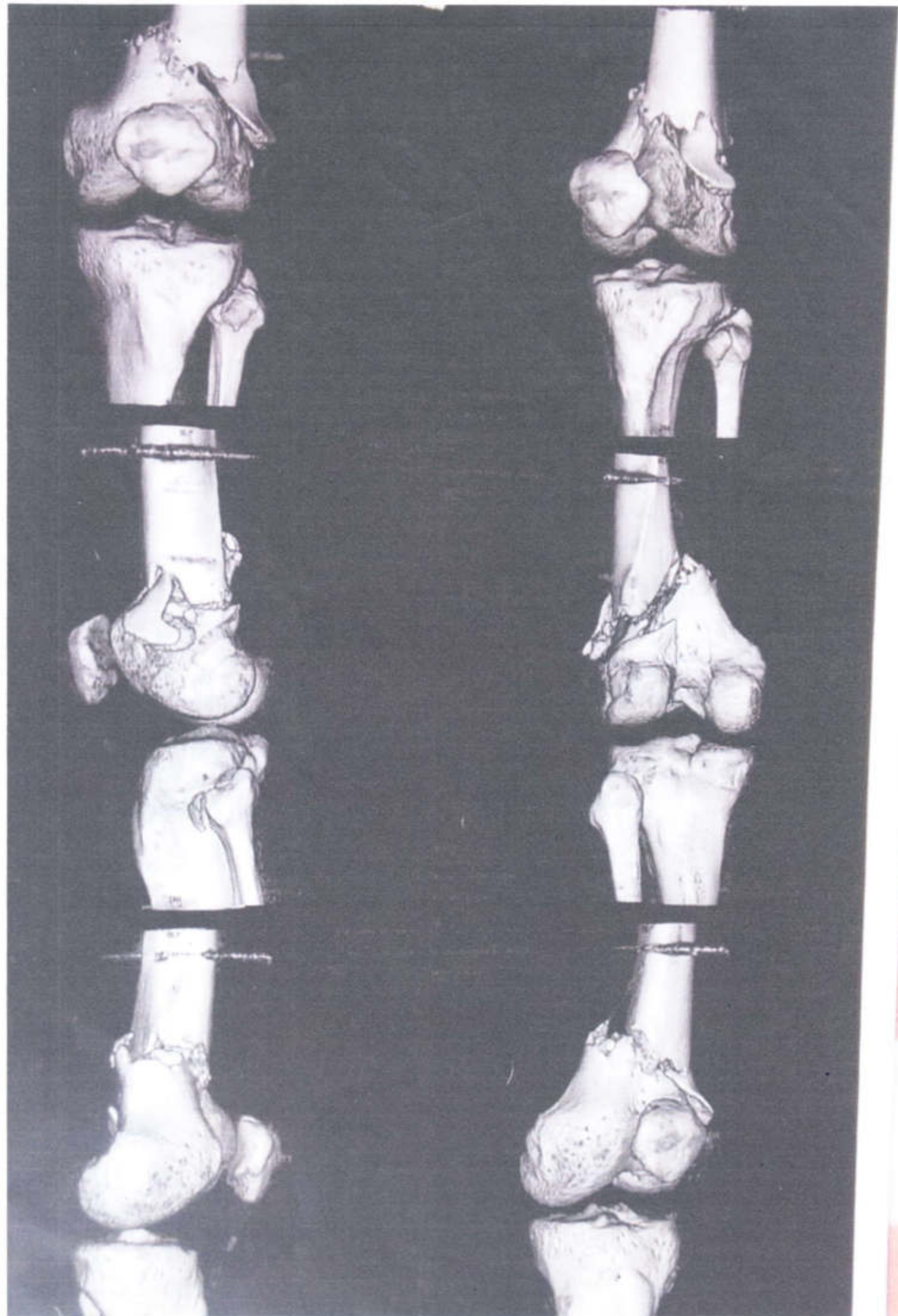


KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/01/19







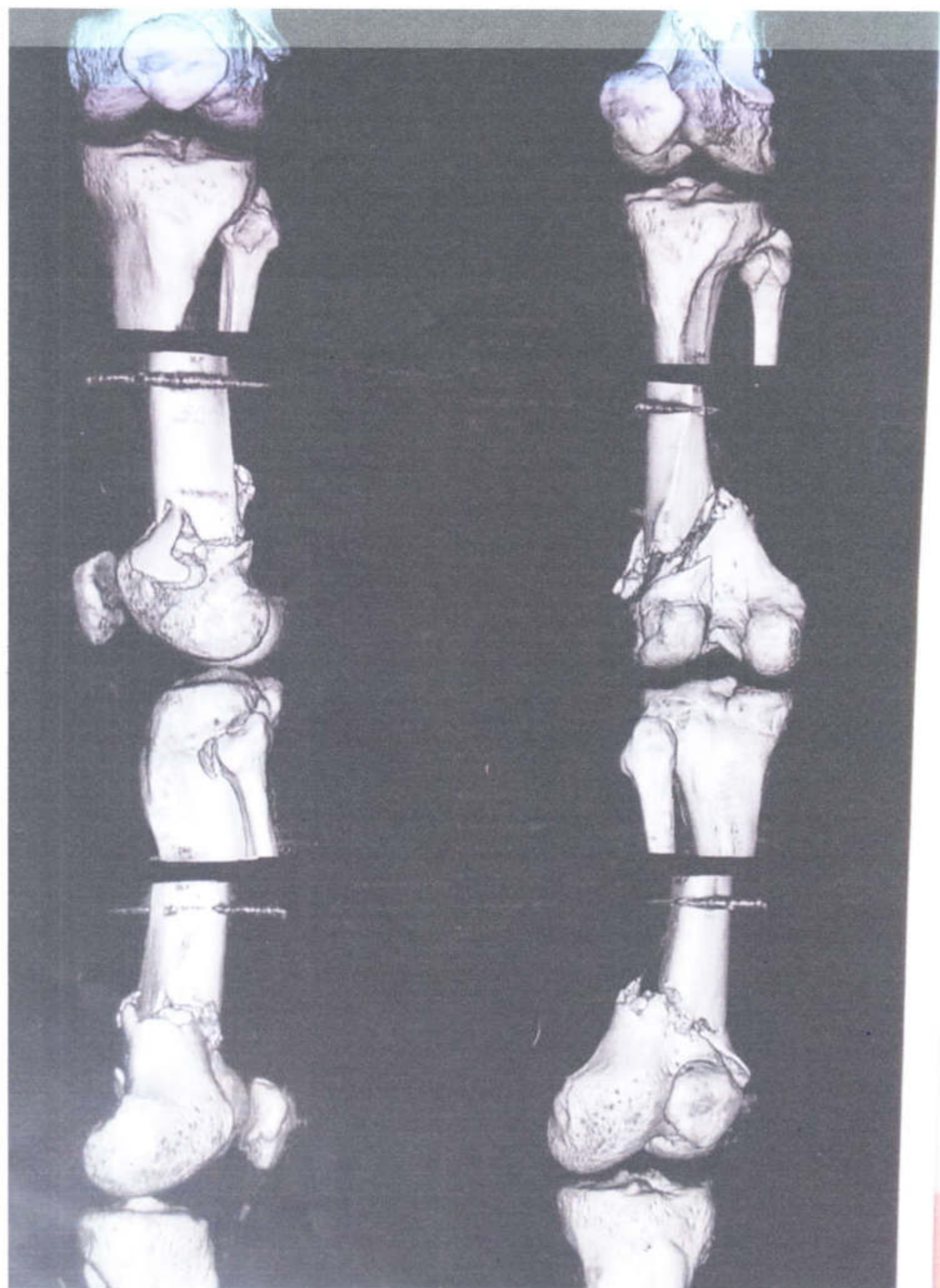


















KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/09/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

NOME  
JOSE ANDRE DE LIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
6430901 RDD PE

CPF  
055.342.194-83 DATA NASCIMENTO  
16/04/1983

FUNÇÃO  
ALCIDES ANDRE DE LIRA  
SEVERINA LUIZA DE LIRA

PERMISSÃO  
ACC - CR. HAB. ADU.

Nº REGISTRO  
24061975939 VALIDEZ  
01/09/2019 1ª EMISSÃO  
26/02/2007

OBSERVAÇÕES  
Exerce Ativ Remunerada

*Jose Andre de Lira*  
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
LIMORIO - PE DATA EMISSÃO  
03/09/2014

*Luiz Thomaz de Lira*  
ASSINATURA DO EMISSOR  
41164408210  
09041593796

DETRAN - PE PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
966503515

PROBANDO PLASTIFICAR  
966503515



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
Nome: <b>GEANE DA SILVA COUTINHO</b>	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF <b>5237115 SDS PE</b>
	CPE <b>029.648.794-51</b>
	DATA NASCIMENTO <b>15/04/1976</b>
	FILIAÇÃO <b>GERALDO HERTIANO DA SILVA</b> <b>DUVALINA MARIA DA SILVA</b>
P. REGISTRO: <b>05069494846</b>	
VALIDADE: <b>29/04/2021</b>	
P. HABILITAÇÃO: <b>05/11/2010</b>	
OBSERVAÇÕES <b>sem observações</b>	
	
LOCAL: <b>LIMOEIRO - PE</b>	DATA EMISSÃO: <b>02/05/2016</b>
	
44211688984 PN072586591	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1224143342

PROBADO PLASTIFICAR  
1224143342

**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: **3190557794**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ANDRE DE LIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**rua severino a cavalcante, 243 - João Alfredo - PE - CEP 55720-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **6630901**

Data e local do acidente: [ **04/12/2018** ] **João Alfredo, PE**

Data e local do exame: [ **10/10/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+++++), presença de cicatriz cirúrgica.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Limitação funcional do joelho esquerdo*

**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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "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.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794

**Cidade:** João Alfredo

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA

**Data do acidente:** 04/12/2018

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA.  
DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+-++++), presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/10/2019

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794

**Cidade:** João Alfredo

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA

**Data do acidente:** 04/12/2018

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA.  
DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+-++++), presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/10/2019

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794

**Cidade:** João Alfredo

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA

**Data do acidente:** 04/12/2018

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA.  
DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+-++++), presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/10/2019

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REALIZADAS TRÊS ABORDAGENS: FIXADOR EXTERNO; TRAÇÃO ESQUELÉTICA; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.1(BAM) P.3,6(CIRURGIA) P.7(ALTA) P.9(IMAGEM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557794 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REALIZADAS TRÊS ABORDAGENS: FIXADOR EXTERNO; TRAÇÃO ESQUELÉTICA; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.1(BAM) P.3,6(CIRURGIA) P.7(ALTA) P.9(IMAGEM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## Procuração

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

1. Outorgante Jose Andre de Lira

portador(a) do documento de identidade nº 6.630.901, expedido por SDS/PE, em

10/11/2003, inscrito no CPF sob o nº 055.343.194-83, residente na

Rua Severino Cavalcanti, nº 243

complemento casa, Bairro Centro, cidade

João Alfredo, Estado PE

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em

06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na

Rua da Alegria, nº 317

complemento casa, Bairro Centro, cidade

Limoeiro, Estado PE

Ampla 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.



João Alfredo 16 de abril de 2019

Outorgante Jose Andre de Lira

**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - OFÍCIO ÚNICO** RENALDO JOSE BORBA DE ARAUJO  
R. José Fernando Soares, nº 13 - Bairro São Vito - Cep. 55225-000 - João Alfredo/PE - Fone/Fax: (81) 3848-1014 - e-mail: rjb@not.com.br | Notário - Arquivado

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ANDRE DE LIRA em 16/04/2019, em 1401  
dout fe.

Em test. (1) da verdade. TABELÃO / REGISTRADOR  
REINALDO JOSE BORBA DE ARAUJO  
Emol. 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20. Total R\$ 4,79 Selo: 0077545.KUT0320190100397 Consulte autenticidade em <www.tpe.jus.br/selodigital>

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/09/19

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337223/19

**Vítima:** JOSE ANDRE DE LIRA

**CPF:** 055.342.194-83

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 04/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE ANDRE DE LIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

### JOSE ANDRE DE LIRA : 055.342.194-83

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/09/2019  
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO  
CPF: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

**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: **3190557794**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ANDRE DE LIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**rua severino a cavalcante, 243 - João Alfredo - PE - CEP 55720-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **6630901**

Data e local do acidente: [ **04/12/2018** ] **João Alfredo, PE**

Data e local do exame: [ **10/10/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.***

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

***Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+++++), presença de cicatriz cirúrgica.***

**III.** Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.***

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***Limitação funcional do joelho 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "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.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

---

**Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190557794**

**Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA**

**Data do Acidente: 04/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ANDRE DE LIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190557794**

**Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA**

**Data do Acidente: 04/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE ANDRE DE LIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190557794

Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ANDRE DE LIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE ANDRE DE LIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001344-7

Conta: 000000223-2

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](http://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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF: 055.342.194-83  
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Severino A. Cavalcanti Número: 243-3 Complemento: casa  
Bairro: Centro Cidade: João Alfredo PE Estado: CEP: 55.720-000  
E-mail: Tel.(DDD): 909 38-8886 (81)

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 0223 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: João Alfredo - PE, 23/09/19  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura  
2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
23/09/19



Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
MARIA APARECIDA DE SOUZA SILVA ME  
AV PRESIDENTE KENNEDY, 6  
Term.Net-Iso 00026242 Data 13/02/2019

Comprovante de Saque de  
conta poupança  
Data 13/02/2019 Hora de Brasília 10:26  
Agência: 01344 - JOAO ALFREDO  
Conta : 0000223-2  
Nome : JOSE ANDRE DE LIRA  
Tipo Cartão: 2 Via Cartão: 02  
Valor : 1.500,00  
Ag. Bradesco : 1344 - JOAO ALFREDO  
PACB : 062 - CHIC CALÇADOS  
NSU: 002505432013 Autenticação: 941423  
Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

NSU Rede: 987501 Hora Rede: 10:26:21

Conta Poupança





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 120ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOÃO ALFREDO - DP120ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0210000315**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/04/2019** às **12:02**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **4/12/2018** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01 - Bairro: CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE ANDRE DE LIRA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**JOSE ANDRE DE LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA LUZIA DE LIRA Pai: ALCIDES ANDRE DE LIRA** Data de Nascimento: **16/4/1983** Naturalidade: **JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6630901/SDS/PE (RG). 05534219483 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01, RUA SEVERINO CAVALCANTI , 243 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, DEPOIS DA ESCOLA NOSSA SENHORA AUXILIADORA**

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

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MICROONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE ANDRE DE LIRA , COMUNICA NESTA DEPOL , QUE NO DIA 04/12/2018 POR VOLTA DAS 16:30 HORAS , NO CENTRO DESTA CIDADE , PROXIMO A RUA SEVERINO CAVALCANTI , FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO , QUANDO ESTE ESTAVA CAMINHANDO , FOI SUPREENDIDO POR UM VEICULO TOYOTA DE COR BRANCA DE PLACA E CONDUTOR NAO IDENTIFICADOS , QUE AO ENTRAR NA CURVA ATROPELOU O QUEIXOSO, INDO EMBORA SEM PRESTAR SOCORRO , SENDO O QUEIXOSO SOCORRIDO PELO SAMU , PARA A UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI NESTA CIDADE , ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTO MEDICOS E DE LA , FOI

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
27/04/19

**TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO FREITAS NA CAPITAL PERNANBUCANA , ONDE FOI SUBMETIDO HÁ UMA CIRURGIA NO FEMUR DA PERNA ESQUERDA .**

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

*Jose Andre de Lira*

**JOSE ANDRE DE LIRA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOSÉ SEVERINO DA SILVA JUNIOR** - Matrícula: **221280-3**



*[Handwritten signature]*

**KOTE SEGUROS**  
**Erica Araujo**  
*27/04/19*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF: 055.342.194-83  
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Severino A. Cavalcanti Número: 243-3 Complemento: casa  
Bairro: Centro Cidade: João Alfredo PE Estado: CEP: 55.720-000  
E-mail: Tel.(DDD): 909 38-8886 (81)

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 0223 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: João Alfredo - PE, 23/09/19  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
MARIA APARECIDA DE SOUZA SILVA ME  
AV PRESIDENTE KENNEDY, 6  
Term.Net-Iso 00026242 Data 13/02/2019

Comprovante de Saque de  
conta poupança  
Data 13/02/2019 Hora de Brasília 10:26  
Agência: 01344 - JOAO ALFREDO  
Conta : 0000223-2  
Nome : JOSE ANDRE DE LIRA  
Tipo Cartão: 2 Via Cartão: 02  
Valor : 1.500,00  
Ag. Bradesco : 1344 - JOAO ALFREDO  
PACB : 062 - CHIC CALÇADOS  
NSU: 002505432013 Autenticação: 941423  
Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

NSU Rede: 987501 Hora Rede: 10:26:21

Conta Poupança

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANDRE DE LIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01344-7

CONTA: 000000000223-2

---

---

Nr. Autenticação

BRABESCO171020190500000000002370134400000000223168750 PAGO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José André de Lira

RG nº 6.630.901, data de expedição 03/09/2014 órgão SOS-PE

CNPJ nº 055.342.194-83, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Severino A. Cavalcante</u>
Número	<u>243-J</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>João Alfredo</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.720-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Alfredo-PE, 27/05/2019.

Assinatura do Declarante: José André de Lira



JOSEFA SEVERINA DA CONCEICAO

### CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
055181648	UNICA	22/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
22/03/2019	3014870308	0333677

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEVERINO A CAVALCANTI 343 - J.

CENTRO JOAO ALFREDO  
JOAO ALFREDO PE  
55720-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7023594034	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PRECATORIA LÍQUIDA
29/03/2019	22/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	48,52

Consumo Abast(Wh)  
Contrib. Sum. Pública Municipal

TOTAL DA FATURA

DECLARATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOVA FRENTE								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
11442430	CAT	14/02/2018	1 575,0	22/02/2018	1 630,0	7	1 000,0	80,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Consumo em kWh

Data	Consumo (kWh)
01/05/98	10
02/05/98	15
03/05/98	20
04/05/98	25
05/05/98	30
06/05/98	35
07/05/98	40
08/05/98	45
09/05/98	50
10/05/98	55
11/05/98	60
12/05/98	65
13/05/98	70
14/05/98	75
15/05/98	80
16/05/98	85
17/05/98	90
18/05/98	95
19/05/98	100
20/05/98	100
21/05/98	100
22/05/98	100
23/05/98	100
24/05/98	100
25/05/98	100
26/05/98	100
27/05/98	100
28/05/98	100
29/05/98	100
30/05/98	100
31/05/98	100

[illegible][illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
	CONSUMO SOM JARDIM	VALOR APROXIMADO (R\$/hora)	LIMITE		TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
			DIÁRIO	SEMESTRAL		MÍNIMO	MÁXIMO
DIG		3,00	5,00	11,00	119,4		
FKC		0,00	3,00	6,7	113,45		
DMC		0,00	0,00	0,00	0,00	220	207 231

Fonte: ODEB, 12/2011. EUSP - Valor de referência por Unidade de Sistema de Distribuição de R\$ 10,00

