Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

01/07/2020

Número: **0016279-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **24/03/2020**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS (AUTOR)	**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)** **CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64035918	01/07/2020 15:10	ANEXO 1	Outros (Documento)

HR

Secretaria de Saude do Estado de Per
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimen

Numero do Registro

917109

917023

Data e Hora de Aten
07/01/2018 12:24

Cod Paciente 1580424 Paciente: JOSE EDINALDO SILV
Data de nascimento: 20/10/1982 Idade 35a 2m 18d
Estado Civil SOLTEIRO Profissão Acompanhante: JOSEILDA MARIA DE MORAIS
DOC ID : Data expedição 8609524 /
Mãe MARIA GORETE SILVA DE MORAIS
Pai JURANDIR PEREIRA DE MORAIS
Cartão SUS 131814104530009
Endereço ANTONIO BETO DA SILVA
Bairro LERIO DE CIMA
Cidade SURUB[redacted]
Numero 256
Complemento:
UF PE Telefone 998778305
Ocorrências

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)
Procedência OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome
Confirmação de endereço
Fones
Assistente Social
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist Publico ☐
Outros ☐
Observação:
Assistente Social

Historia Clinica

[illegible]

Atendimento Médico

Perda de consciência Sim ☐ Não ☒ Episodio Emético Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☐
Acidente de Transito Sim ☒ Não ☐ Tipo
Transporte realizado Por
Imobilização Cervical Sim ☒ Não ☐ Sofreu Queda Sim ☐ Não ☐ Altura
Condições de imobilização adequadas Sim ☒ Não ☐ Por Quê?

Exame Fisico:

A Geral | Via aérea está pérvia Sim ☒ Não ☐ | O paciente fala Sim ☒ Não ☐ Tempo

[illegible]

B Respiratorio [illegible]

C Circulatorio | PA X mm | Pulso bpm

[illegible]

Prefeitura Municipal do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Drº Gentil Augusto de Miranda

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que a Sr. Jose Edinaldo Silva Morais filho de Maria Gorete Silva de morais e Jurandi Pereira de Morais – Bairro São Sebastião - Surubim- PE solicitou no dia 15/01/2018 cópia do seu prontuário Acidente de moto foi atendido na instituição Hospitalar UPA 24horas Unidade de Pronto Atendimento Surubim. Dia do acidente 07/01/2018 pelo médico plantonista Dr.Arlindo L. Leite Júnior **CREMEPE 23036.**

Thyago Belo Pedrosa
Coordenador Administrativo
Matrícula 10097
Hospital Municipal de Surubim

Surubim, 15 de Janeiro de 2018

COMPREV
COMPREV - CAIXA DE PREVIDÊNCIA S/A
17 SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Carla Vania Moreira Henrique

Carla Vânia Moreira Henrique

SAME

Josilda Pereira de Morais

Recebedor

RG _____

Prefeitura Municipal de Surubim – CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE.
Fone /Fax: (81) 3634-1196

celpe
neoenergia

1073489039 09/2017

15/09/2017 08/10/2017

34,57

celpe
neoenergia

1073489039 09/2017

15/09/2017 08/10/2017

34,57

34,57

celpe
Neoenergia

Nota Fiscal de Energia Elétrica Cidade pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0-032043-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO BENTO SILVA 256

CPF: 535 134 604-49 NFS: 1542094860

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM INS
Monofásico

Leitura Anterior	Leitura Atual	Próxima
08/07/2017	ÚNICA	08/08/2017

Apresentação	Nº da Instalação	Nº da Nota Fiscal
08/08/2017	3001808658	3750722

Conta Contrato	1073489038
Referência	09/2017
Vencimento	15/09/2017
Data Apresentação	08/09/2017

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo A - 30 kWh	30,0000000	0,17035803	5,11
Consumo Acu. - acima de 30 até 100 kWh	70,0000000	0,29204234	20,44
Consumo Acu. - acima de 100 até 220 kWh	3,0000000	0,43805351	1,31
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,36
Contribuição Iluminação Pública			9,82
Multa por atraso-NF 0100481194 - 01/08/17			0,54
Juros por atraso-NF 0100481194 - 01/08/17			0,09

TOTAL DA FATURA 34,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº da Instalação	Tipo de Medição	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Consumo (kWh)	Ajuste	Consumo (kWh)
3001808658	CAT	08/08/2017	5.477,00	08/09/2017	5.508,00	30	1,00000		30,00

ICMS
PIS
COFINS

DOCS F504 B0C0 C067 F658 BC8A 1E00 C73A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DIC
FIC
DMIC

Tarifa de Tensão

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 COAF**[2].

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

[2] COAF (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 nº 9.613/98.

Para ressarcimento ao Beneficiário Inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible] na qualidade de Procurador (a) / Representante Legal do Beneficiário [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible], do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da Vítima [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

X 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: Rua Antonio Bento Sobrinho Número: [illegible] Complemento: [illegible]
Bairro: Centro Cidade: Cuiabá Estado: [illegible] CEP: [illegible]
E-mail: [illegible] Telefone comercial (DDD): 3042-5708 Telefone celular (DDD): [illegible]

Cuiabá de [illegible] de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:10:11
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070115101162800000062854299
Número do documento: 20070115101162800000062854299

Declaração do Proprietário de Veiculo

Eu, José Edinaldo Silva de Morais.

RG: 6 682.160, data de expedição 26 / 09 / 2013

Orgão SDS, portador do CPF 056 072.669-35, com

domicilio na cidade de Surubim, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua Antonio Bento Silva, nº 256,

complemento Casa, declaro, sob as penas da lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima José Edinaldo Silva de Morais cujo o conduto era José Edinaldo Silva de Morais.

Veiculo: PAS / Motocicleta

Modelo: Honda / CG 150 FAN ESI

Ano: 2012

Placa: PEM 8011

Chassi: 9C2KC1670CR016027

Data do Acidente: 07/03/2018

Local e data do cartorio: Surubim, 18/03/18

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante (de sinistro)

16 MAR 2018

Reconhecer firma de autenticidade

DOCUMENTO ORIGINAL

Declaração do Proprietário de Veiculo

Eu, Jorcildo Silva de Morais,

RG: 6.682.160, data de expedição 20/09/2013

Órgão SDS, portador do CPF 056.072.664-35, com

domicílio na cidade de Surubim, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua: Antonio Bento Silva, nº 256,

complemento Casa, declaro, sob as penas da lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima José Edinaldo Silva de Morais

[illegible] condutor era José Edinaldo Silva de Morais.

Veículo: PAS / Motocicleta

Modelo: Honda / CG 150 FAN ESI

Ano: 2012

Placa: PEM 8011

Chassi: 9C2KC1670CR616027

Data do Acidente: 07/01/2018

Local e data do cartório: Surubim, 18/01/18

Jorcildo Silva de Morais

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante de sinistro)

COMPREV
CONTABILIDADE E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET 2019
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

Obs: Reconhecer firma por autenticidade !

2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM-PE

Reconhecido por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (2)JORCILDO SILVA DE MORAIS

Por fé, Surubim, quinta-feira, 18 de janeiro de 2018 - [illegible]

Reconhecido [illegible] da verdade.

[illegible] Cadena - 2º Substituta

[illegible] SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

[illegible] - Gal. José Ribeiro [illegible] - SURUBIM-PE

Secretaria de Saúde do Estado de Per
Hospital da Restauração

HR

Ficha de Atendimen

Numero do Registro

917109

917023	Data e Hora de Aten 07/01/2018 12:24

Cod Paciente 1580424 Paciente JOSE EDINALDO SILV
Data de nascimento 20/10/1982 idade 35a 2m 18d

Estado Civil SOLTEIRO Profissão Acompanhante JOSEILDA MARIA DE MORAIS

DOC ID / Data expedição 6609524 / Mãe MARIA GORETE SILVA DE MORAIS
Pai JURANDIR PEREIRA DE MORAIS Cartão SUS 131814104530009

Endereço ANTONIO BETO DA SILVA Numero 256
Complemento
Bairro LERIO DE CIMA
Cidade SURUBIM UF PE Telefone 998778305

Ocorrências

Motivo do atendimento ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)
Procedência OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome Fones Assistente Social
Confirmação de endereço
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist Publico ☐
Outros ☐
Observação. Assistente Social

História Clínica

Atendimento Médico

Perda de consciência Sim ☐ Não ☒ Episodio Emético Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito Sim ☒ Não ☐ Tipo Transporte realizado Por
Imobilização Cervical Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda Sim ☐ Não ☐ Altura
Condições de imobilização adequadas Sim ☒ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico.

A. Geral Via aérea está pérvia Sim ☒ Não ☐ O paciente fala Sim ☒ Não ☐ Tamp

B. Respiratório

C. Circulatorio PA X mm Pulso bpm

D Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas Isocóricas ☐ Anisocóricas

Glasgow Abertura Ocular	Glasgow Resposta Verbal	Glasgow Resposta Motora
Escore 3 Hora	Escore 4 Hora	Escore 6 Hora

E Exposição/Abdômen

Diagnostico Inicial

Cod Procedimento

Conduta

Ass Médico

Evolução de Enfermagem

Ass Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Obito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica

Transferido para

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Obito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clín. e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares a transporte se forem necessários

Data: Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir

Data: Nome completo legível: 05.802.194/0001-41

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 07-Jan-18

Transfer

6 MAR 2013

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Dr° Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1° Via Hospital de destino / 2° Via Hospital local

...pital Local:	Município:
...me do Paciente:	Data de Nascimento: 20/10/72
...adro Clínico:	
...: TCC	
...sinatura do(a) Médico(a) Assistente	CRM: / DATA: 05/01/19
...ssinatura do(a) Enfermeiro(a) Chefe do Plantão	COREN: / DATA:

1ª REMOÇÃO	1ª Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)			
	Assinatura do(a) médico(a):	CRM:		
2ª REMOÇÃO	2ª Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)			
	Assinatura do(a) médico(a):	CRM: 16 MAR 2011		

Assinatura do Responsável

Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem — COREN:

...do Motorista — Placa da Ambulância

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **MANCHESTER_V2**

07/01/2018 12:19

Nome Paciente: JOSE EDNALDO SILVA DE MORAIS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/10/1982
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: U0024
Convênio: .
Atendimento:

07/01/2018 12:19 - ALEXIANA EUTALIA SANTANA DA SILVA - COREN: 54661 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	**VERDE - POUCO URGENTE**
Cor:	[redacted] VERDE
Queixa Principal:	VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 4H NEGA DESMAIO E VOMITO. APRESENTANDO FERIMENTO EM REGIAO FRONTO-PARIETAL
Observação	5338180
Fluxograma sintoma:	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador(es):	- EVENTO RECENTE?
Especialidade:	NEUROCIRURGIA ADULTO
Alergia(s):	
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 0 - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Pa. F: 1/3 lateral do abdômen (D)

(A) Higiene e Curativo

Ao 6º dia que obtive o atendimento

Cat 22725 - P. Pago Pra

05.802.494/0001-41

16 MAR 2017

Acolhido(s) por: ALEXIANA EUTALIA SANTANA DA SILVA
Data: 07/01/2018 12:19

Dr. Caio Jorge Lira
Chefe Geral
OAB-PE: 22000

05.802.494/0001-41

16 MAR 2017

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente: [illegible]

Enfermaria/Leito: RG

Registro: 9710023

EVOLUÇÃO CLÍNICA

[illegible]

Paciente vítima de acidente motociclístico [illegible] RG

- Ao exame [illegible] apresenta [illegible] com [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

Rx [illegible] local [illegible]

- [illegible]

08/08/18 evolui [illegible]

05.802.494/0001-41

16 MAR 2013

COD 0123

Secretaria de Saude do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

NOME: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

PRONTUÁRIO: 1580424 SEXO: Masculino DATA NASC: 20/10/1982

DATA/HORA: 08/01/2018 10:20 ATENDIMENTO: 917169 LEITO: 602-L1

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 08/01/2018 Hora: 10:18

#TRAUMATOLOGIA

#HDA: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO
#HD: FRATURA FECHADA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA DIREITA

#EVOLUCAO: PACIENTE EVOLUI ESTAVEL, SEM QUEIXAS
#AO EXAME: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO,AAA
NVC PRESERVADO DE MSD

CDT: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS
TIPOIA EM MSD

05.802.494/0001-41
TRANSMONTESE DA
[illegible] LTDA

16 MAR 2017

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

NOME DO PACIENTE | ENFERMARIA | REGISTRO Nº

DIA | DIA | DIA | DIA | DIA

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO

CUIDADOS	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO

Procedimento da Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0313

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neorocirurgia
Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

Paciente: [illegible] Data: [illegible]

Enfermeiro: _____ Leito _____ Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
☐ Espontânea (4 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.)	☐ Obedece (6 pts.)
☐ Ao comando verbal (3 pts.)	☐ Desorientado / Conversando (4 pts.)	☐ Localiza dor (5 pts.)
☐ A dor (2 pts.)	☐ Palavras inadequadas (3 pts.)	☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Sons incompreensíveis (2 pts.)	☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Extensão (descorteb.) (2 pts.)
		☐ Sem resposta (1 pts.)

Total 15 pontos

TRM ☐ Sim ☐ Não Frangel _____

A - Perda motora e sensitiva completa
B - Apenas sensibilidade preservada
C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente
E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais _____

Venóclise: ☐ AVP _____ ☐ AVC _____ ☐ JH _____ ☐ Sem Acesso.

Dieta
☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarreia _____

Diurese: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto _____

Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória Data da Cirurgia ___/___/___ ☐ Úlcera de decúbito

Localização _____ Localização _____ Estágio _____

Curativos _____

Exames _____

Pareceres _____

Observações (Diurnas / Noturnas) _____

Ass _____

Data: ___/___/___

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
☐ Espontânea (4 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.)	☐ Obedece (6 pts.)
☐ Ao comando verbal (3 pts.)	☐ Desorientado / Conversando (4 pts.)	☐ Localiza dor (5 pts.)
☐ A dor (2 pts.)	☐ Palavras inadequadas (3 pts.)	☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Sons incompreensíveis (2 pts.)	☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Extensão (descorteb.) (2 pts.)
		☐ Sem resposta (1 pts.)

Total _____ pontos

TRM ☐ Sim ☐ Não Frangel _____

A - Perda motora e sensitiva completa
B - Apenas sensibilidade preservada
C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente
E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais _____

Venóclise: ☐ AVP _____ ☐ AVC _____ ☐ JH _____ ☐ Sem Acesso.

Dieta
☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarreia _____

Diurese: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto _____

Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória Data da Cirurgia ___/___/___ ☐ Úlcera de decúbito

Localização _____ Localização _____ Estágio _____

Curativos _____

Exames _____

Pareceres _____

Observações (Diurnas / Noturnas) _____

Ass _____

Equipe _____

05.802.394/0001-41

16 MAR 2011

COD 0013

Fazido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente : [illegible]
Enf / Leito : _____ Registro : _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	DIA : [illegible]	DIA :	DIA :	DIA :	DIA :
	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
( ) Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
( ) Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	09	09	09	09	09
( ) Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
( ) Mudança de decubito (3 em 3 horas)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
( ) Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
( ) Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06
ASSINATURA DA ENFERMEIRA					

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Freqüência Cardíaca	10					
	16	56				
	22					
Freqüência Respiratória	10					
	16	20				
	22					
Temperatura	10					
	16	36,6				
	22					
Pressão Arterial	10					
	16	132 x 27				
	22					
ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM						

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

HR HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital da Restauração

2 - CNES: 0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE:

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1550424

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO:

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

10 - TELEFONE DE CONTATO:

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA:

12 - TELEFONE DE CONTATO:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

14 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

16 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

18 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

20 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

22 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Kaue Franke Neurocirurgia CRM-PE 25349

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 0 / / 18

25 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO): 05.802.494/0001-41

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 18 MAR. 2019

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO):

Cod. 0421

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

SUS

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital da Restauração

2 - CNES: 0000656

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE:

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO:

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

10 - TELEFONE DE CONTATO:

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA:

12 - TELEFONE DE CONTATO:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

14 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

16 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

18 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

20 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

22 - CÓD. PROCEDIMENTO: QTDE:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO:

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO): Dr. João Jorge Lima, Cirurgião Geral, CRM-PE: 22000

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 16 MAI 2011

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO):

Cod. 0421

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS	PRONTUÁRIO: 1580424	ATENDIMENTO: 00917109
DATA DE NASCIMENTO 20/10/1982	FOI ATENDIDO EM: 07/01/2018 ÀS	
	DATA DA ALTA: 08/01/2018 ÀS 12:59	

Diagnóstico Provável:

HDA: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO
HD: FRATURA FECHADA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA DIREITA
CID-10 S42.0

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA
ANALGESIA

Observação:

PACIENTE DEVE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES POR 45 (QUARENTA E CINCO) DIAS

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA APOS 30DIAS COM DR TIAGO JUSTOS

JOSE VINICUIS G DOS SANTOS - CRM Nº.25516

Recife, 08, JANEIRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco

Av Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

Prefeitura Municipal do Surubim

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Drº Gentil Augusto de Miranda

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que a Sr. Jose Edinaldo Silva Morais filho de Maria Gorete Silva de morais e Jurandi Pereira de Morais – Bairro São Sebastião - Surubim- PE solicitou no dia 15/01/2018 cópia do seu prontuário Acidente de moto foi atendido na instituição Hospitalar UPA 24horas Unidade de Pronto Atendimento Surubim Dia do acidente 07/01/2018 pelo medico plantonista Dr Arlindo L. Leite Júnior **CREMEPE 23036.**

Surubim, 15 de Janeiro de 2018

Carla Vânia Moreira Henrique

SAME

Recebedor

RG _____

Prefeitura Municipal de Surubim – CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE
Fone / Fax: (81) 3634 1196

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº : _____

Nome : _____

Foi atendido às _____ h do dia ____ / ____ / ____

Diagnóstico Provável _____

_____ data da alta ____ / ____ / ____

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

~~Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA~~

Observação : _____

_____

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod 016305.8002

15 MAR

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

Informações do Atendimento

Consulta.....: 08/02/2018 12:30Hr

Serviço.....: TRAUMATOLOGIA OMBRO

Médico.....: 388 - TIAGO RIBEIRO JUSTO

Agenda.....: 39629

Informações do Paciente

Paciente.....: 1580424 **Same.....:**

Nome.....: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Sexo.....: MASCULIN

Fone.....: Residencial: (81) - 998778305 / Celular: () - **Nasc.....:** 20/10/1982

Endereço.....: ANTONIO BETO DA SILVA, 256 - LERIO DE CIMA - SURUBIM - PE - Cep: 55750000

Cidade.....: SURUBIM

Agendado por: VANDERSONASN

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS Clinica:	Prontuário: 1580474 Atendimento: 917109 Leito: 602-L1

SOLICITO

1 TIPOIA AMERICANA

Data: 08/01/2018	Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

05.802.491/0001-4

16 MAR 2017

Av.Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

Receituário Controle Especial

Identificação do emitente

NOME COMPLETO-
PLETO
JOSE VINICUIS G DOS SANTOS

CRM:
25516

UF: PE
NÚMERO: S/N
Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES

BAIRRO: DERBY
FONE: 3181-5400
CIDADE: RECIFE
UF: PE

Paciente
JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Endereço paciente
ANTONIO BETO DA SILVA

Prescrição

USO ORAL

1 - FLANCOX 500MG---------- 1CX
TOMAR 1CP, VO, 12/12H POR 5 DIAS
2 - DIPIRONA 500MG---------- 1CX
TOMAR 1CP, VO, 6/6H SE DOR

Data: 08/01/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador

Nome:

Identidade:
Órgão Emissor:

Endereço

Cidade:
UF:

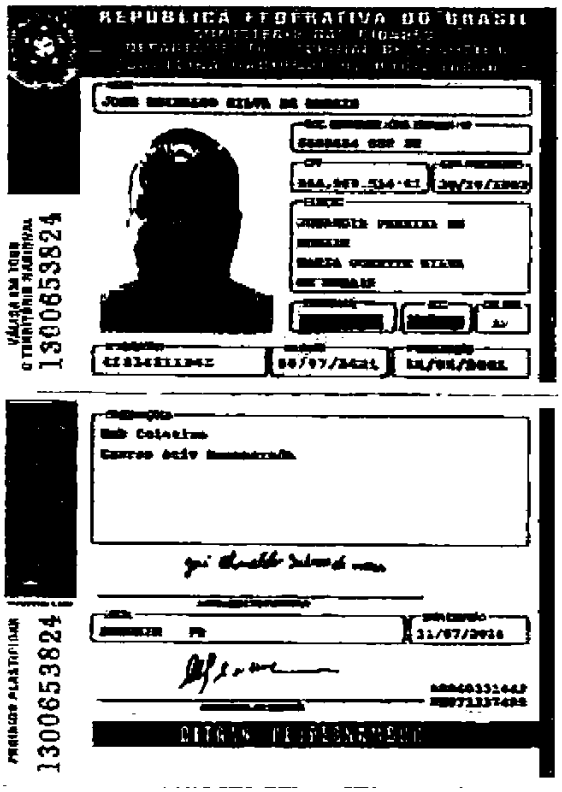
Telefone:

Identificação do Fornecedor

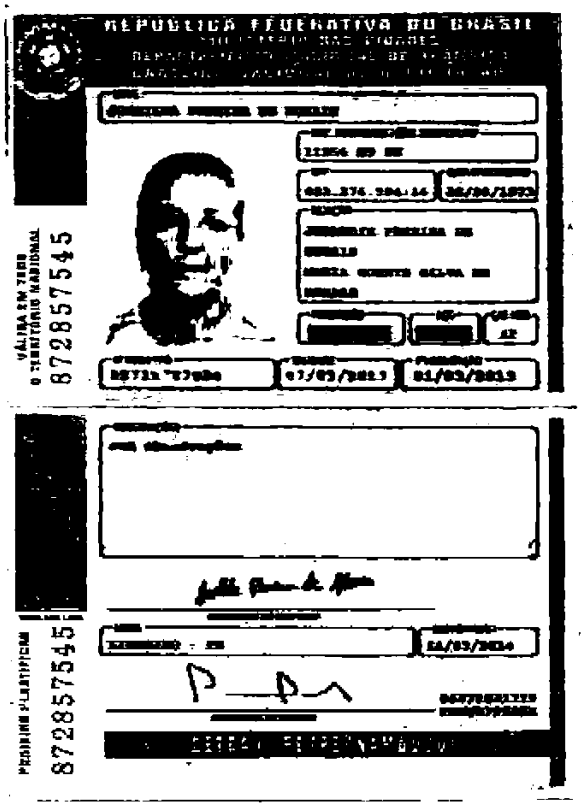
Assinatura do Farmacêutico

Data:

Av.Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



16 MAR 2017



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **044.969.514-01**

Nome: **JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Data de Nascimento: **20/10/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/11/2000**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:32:37** do dia **17/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **98E0.8262.E968.09AE**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSÉ REINALDO SILVA DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6609524 SDS PE

CPF
044.969.514-01

DATA NASCIMENTO
20/10/1982

FILIAÇÃO
JURANDIR PEREIRA DE MORAIS
MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

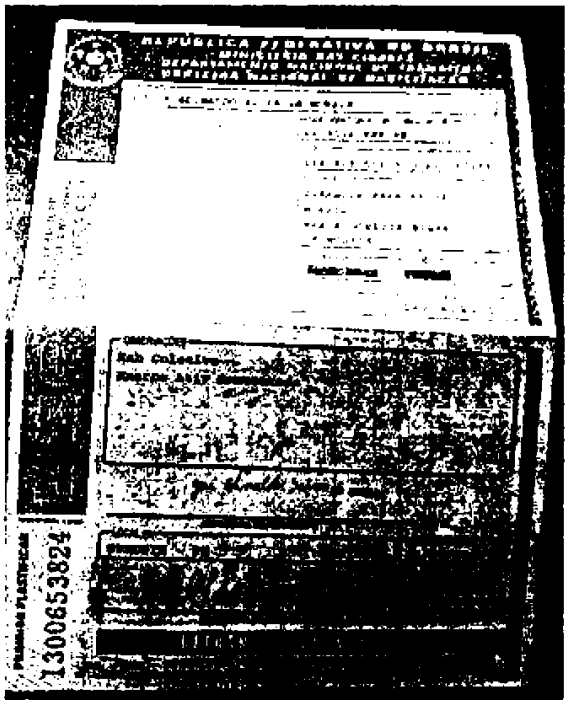
PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01634011960

VALIDADE
08/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2001

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1300653824



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1300653824

PREVIDÊNCIA S/A
17 SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **044.969.514-01**

Nome: **JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Data de Nascimento: **20/10/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/11/2000**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:32:37** do dia **17/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **98E0.8262.E968.09AE**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Minuta aprovada pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSÉ REINALDO SILVA DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6609524 SDS PE

CPF
044.969.514-01

DATA NASCIMENTO
20/10/1982

FILIAÇÃO
JURANDIR PEREIRA DE MORAIS
MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

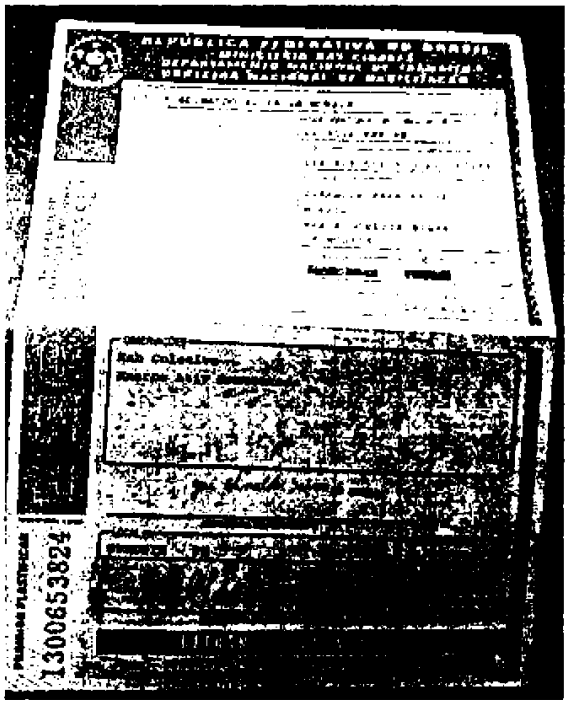
PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01834011960

VALIDADE
08/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2001

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1300653824



1300653824

PREVIDÊNCIA S/A
SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DETRAN - PE Nº 01343330073

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	469933130	**********	2017

NOME: JOSEILDO SILVA DE MORAIS

SURUBIM-PE 0

056.072.604-35	PEM6011
******* /PE	9C2KC1670CR616027

PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 FAN ESI	2012	2012
2P/149CL	PARTIC	PRETA

IPVA: COTA ÚNICA — IPVA 2017 QUITADO; SERIE COTA ÚNICA; VENC/COTAS 1ª ********, 2ª ********, 3ª ********

PARCELA ÚNICA 1 — PARCELAMENTO / COTAS **********

PRÊMIO DUPVAT (R$) — UF (R$) — PRÊMIO TOTAL (R$) — DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

SURUBIM DATA 12/07/17

Carlos Roberto Souza Barreto

Diretor Presidente DETRAN/PE

PE Nº 01343330073 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSEILDO SILVA DE MORAIS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

0

SURUBIM-PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 12/07/17

1	056.072.604-35	PEM6011
RENAVAM 469933130	MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO FAB. 2012	ANO MOD. 09	CHASSI 9C2KC1670CR616027

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R$)	DIREITOS (R$)	ADICIONAL DE FRACIONAMENTO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$) — IOF (R$) — VALOR LÍQUIDO REPASSADO (R$)

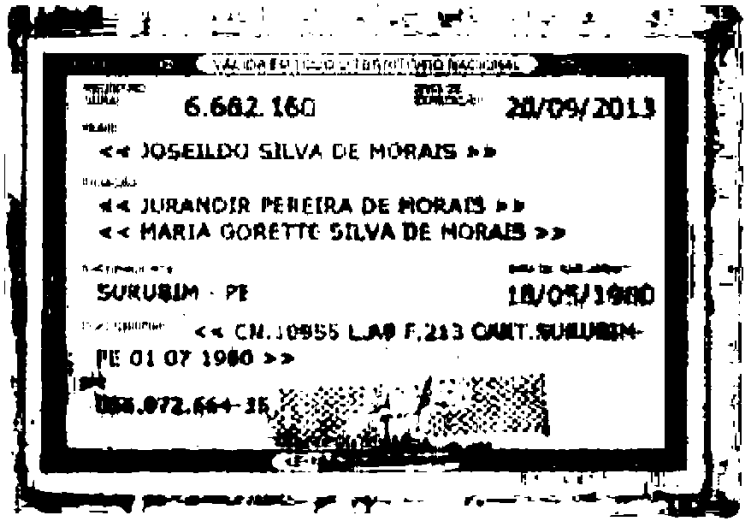
SEGURO PAGO

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO — DATA DE OCORRÊNCIA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

O SEGURO DE VEÍCULOS DE VIA TERRESTRE É OBRIGATÓRIO



6.682.160 20/09/2013

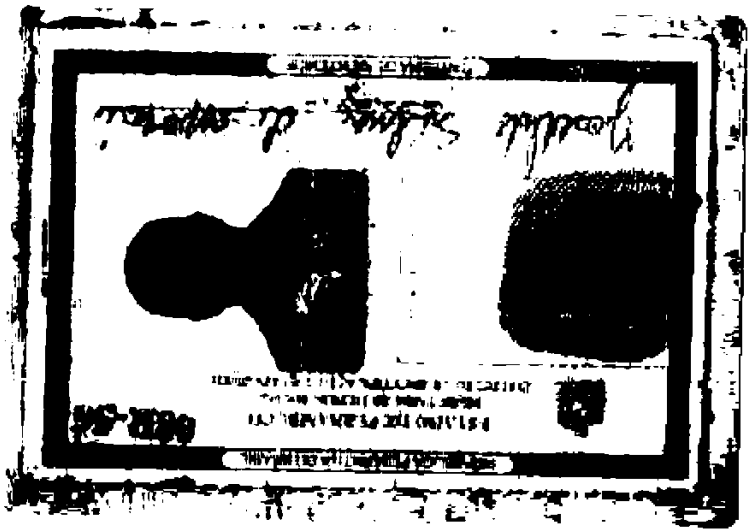
<< JOSEILDO SILVA DE MORAIS >>

<< JURANDIR PEREIRA DE MORAIS >>
<< MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS >>

SURUBIM - PE 18/05/1980

<< CN.10955 LAO F.213 CART.SURUBIM-PE 01 07 1980 >>

[illegible].072.664-35



Ao Sr. Analista

Sinistro: 3180/123433

PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3180/123433 tendo em vista está apresentando LAUDO onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS
CPF:044.969.514-01

COMPREV
COMPREV PROTEÇÃO E PREVIDÊNCIA SA
17 SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536032 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Descrição do exame físico: EXAME SEM ALTERAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536032 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Descrição do exame físico: EXAME SEM ALTERAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536032 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA EM TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PAG 8.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**16,25 %**	**R$ 2.193,75**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536032 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA EM TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PAG 8.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**16,25 %**	**R$ 2.193,75**

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado nomeia ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo descritos.

Outorgante José Ordenaldo Silva de Morais

portador do documento de identidade nº 6609524 SSP expedido por SSP PE em 14 06 2001 inscrito no CPF sob nº 044 969 514-01 residente na Rua Antonio Bento Silva 256 complemento Casa Bairro Centro cidade Sumaúma Estado PE

Outorgado Geralda Pereira de Morais

portador do documento de identidade nº 11256 expedido por MI PE em 01 03 2013 inscrito no CPF sob nº 022.276.594-16 residente na Rua Antonio Bento Silva 256 complemento Casa Bairro Centro cidade Sumaúma Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, inclusive impetração e contestação nos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT** e especialmente para preencher e assinar o FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Sumaúma 12 de 01 de 2018

Outorgante José Ordenaldo Silva de Morais

Autenticado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321829/19

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Data do acidente: 07/01/2018

CPF: 044.969.514-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS : 044.969.514-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2019
Nome: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS
CPF: 044.969.514-01

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190536032 **Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Data do Acidente: 07/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01913/01914 - carta_02 - INVALIDEZ

00050957

Carta nº 14800200

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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190536032 **Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Data do Acidente: 07/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00257/00258 - carta_04 - INVALIDEZ

00060129

Carta nº 14845226

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190536032 **Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Data do Acidente: 07/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

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

Pag. 00165/00166 - carta_01 - INVALIDEZ

00330083

Carta nº 14906722

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 2212015 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2: "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou AVI | CPF da Vítima | Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo | CPF titular da conta | Profissão

Endereço | Número | Complemento

Bairro | Cidade | Estado | CEP

E-mail | Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00

☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (sem DV) | DV | CONTA (sem DV) | DV

(Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO (nome) | (nº)

AGÊNCIA (sem DV) | DV | CONTA (sem DV) | DV

(Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____, _____ de _____ de 2018

Local e Data

_____

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário | Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAN-001-2018

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 2212015 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2: "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ATL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo | CPF titular da conta | Profissão

Endereço | Número | Complemento

Bairro | Cidade | Estado | CEP

E-mail | Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR | ☐ SEM RENDA | ☐ ATÉ R$ 1.000,00 | ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00

☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 | ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 | ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (sem DV) | DV | CONTA (sem DV) | DV

(Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO (nome) | (nº)

AGÊNCIA (sem DV) | DV | CONTA (sem DV) | DV

(Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____, _____ de _____ de 2019

Local e Data

_____

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário | Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAN-001-2019

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

[illegible] http://www.seguradoralider.com.br [illegible] SAC DPVAT [illegible]

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

[illegible] dados da VÍTIMA e [illegible] REPRESENTANTE LEGAL [illegible] obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o [illegible] Assinatura do Representante Legal.

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal [illegible] Assinatura da Vítima [illegible] Assinatura do Representante Legal.

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico apenas o Representante Legal deve assinar [illegible] Assinatura do Representante Legal.

[illegible]

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

[illegible]

[illegible] Instituto Medico Legal [illegible]

Assinalar uma das opções abaixo

[illegible]

[illegible]

[illegible] DPVAT para a cobertura de [illegible] Instituto Medico Legal [illegible] à perícia médica [illegible] grave lesão corporal [illegible] para os fins da Lei [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221207 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor ou o incapaz com curador). O formulário **deverá ser** preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2- "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o **formulário** seja assinado pelo menor de idade (no campo 1- "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2- "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro: [illegible] CPF do Vítima: 041.065.514-01 Nome completo da vítima: José Reinaldo Silva [illegible]

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Reinaldo Silva [illegible] CPF/CNPJ: 041.065.514-01 Profissão: [illegible]
Endereço: [illegible] Nº: 926 Complemento: -
Bairro: [illegible] Cidade: Simplício Mendes Estado: PI CEP: 64790-000
E-mail: [illegible] Telefone: 89-3566-1884 / 89-9[illegible]

Declaro, sob as penas da lei, para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

[illegible] SEM RENDA [illegible] [illegible]

CONTA POUPANÇA (somente para bancos abaixo do Ação de uma opção)
BANCO DO BRASIL 001 ITAÚ 341
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL 104
AGÊNCIA: CONTA:

X CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO: Nº [illegible]
AGÊNCIA: 1067 CONTA: 03-000714-4

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta, após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Simplício Mendes, 20 de junho de 2018
Local e Data

José Reinaldo Silva [illegible]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

[illegible] 2017

LIDER

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: 044.969.514-01

4 - Nome completo da vítima: José Edinaldo Silva de Morais

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

5 - Nome completo: José Edinaldo Silva de Morais | 6 - CPF: 044.969.514-01

7 - Profissão: Rodoviário | 8 - Endereço: Rua Antonio Bento Silva | 9 - Número: 256 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro | 12 - Cidade: Surubim | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 55750-000

15 - [illegible] | 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9258-3087

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

[illegible] do Representante Legal:

[illegible] 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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4067 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 01-000794 (4) (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 [illegible] por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ [illegible] atende a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ [illegible] do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ [illegible] atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

[illegible] assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação [illegible] concordância, 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

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(veinascer)? ☐ 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 [illegible]

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Surubim 10/09/19.

José Edinaldo Silva de Morais
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0206000136**

[illegible] 17/01/2018 às 11:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) Que [illegible] 17/1/2018 às 09:30

[illegible] AVENIDA MARILDA ARRUDA QUERRA UPA 3411 SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL [illegible] MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO COQUEIRO Bairro: CENTRO SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL
[illegible] VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) [illegible]

Objeto(s) envolvido(s) [illegible]

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

JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAEIS (presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] **MARIA GONETE SILVA DE MORAIS** [illegible] **JURANDIR PEREIRA DE MORAIS** [illegible] 20/10/1982 [illegible] SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL [illegible] 4999534 SSP PE (RG) 04456551401 (CPF) [illegible] SOLTEIRO(A) [illegible] 1. GRAU INCOMPLETO [illegible] MOTORISTA [illegible]

957025708

[illegible] RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 255 CEP: 0 - Bairro: SÃO SEBASTIÃO - SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) [illegible] Desconhecido [illegible] NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL [illegible] DESCONHECIDO

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

16 JAN 2018

VEÍCULO (VEÍCULO) [illegible] **JOSE EDINALDO SILVA DE MORAEIS** [illegible] **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAEIS** [illegible] **MOTOCICLETA HONDA CG 150** [illegible] **PRETA** [illegible] **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

[illegible] **PEM8011** [illegible] **9C2KC1671CR616027**
[illegible] **MOTO HONDA 150 ANO 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAIS**

Complemento / Observação

DOCUMENTO ORIGINAL

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JA DESCRITA NESTE BO. QUANDO COLIDIU COM UM VEICULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRAMAO DA VIA, SEGUNDO A VITIMA O MOTORISTA DO VEICULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NAO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO. A VITIMA RELATA AINDA QUE APOS O ACIDENTE FOI ATENDIDO PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATADA DO DIA 15.01.2018, CARIMBADA E ASSINADA POR THIYAGO BELO PEDROSA.

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

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAEIS
(VITIMA)

JOSÉ LEONARDO GONÇALVES DE SOUSA 320341-7

DOCUMENTO ORIGINAL

16 MAR

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DIN1ER116ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0206000136**

[illegible] 17/01/2018 [illegible] 11:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) [illegible]
[illegible] 7/1/2018 07:00:00

[illegible] AVENIDA MARILOS ARRUDA GUERRA, UPA 240
SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL [illegible] MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO
COQUEIRO Bairro: CENTRO - SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL
[illegible] VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

[illegible]

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

[illegible]

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

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAEIS (presente ao plantão) [illegible] Masculino [illegible] MARIA
GORETE SILVA DE MORAIS [illegible] JURANDIR PEREIRA DE MORAIS [illegible] 20/10/1982
[illegible] SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL [illegible] 4809524 SSP PE (RG) 04499951401
(CPF) [illegible] SOLTEIRO(A) [illegible] 1º GRAU INCOMPLETO [illegible] MOTORISTA
[illegible]
937025708

[illegible] RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 256 - CEP: 0 - Bairro: NAO SEBASTIAO
SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) [illegible] Desconhecido [illegible] NÃO
INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL [illegible] DESCONHECIDO

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

VEICULO (VEICULO) [illegible] JOSE EDINALDO SILVA DE MORAEIS [illegible]
[illegible] JOSE EDINALDO SILVA DE MORAEIS
[illegible] MOTOCICLETA HONDA CG 150 [illegible] 1960
[illegible] PRATA [illegible] (QUEIMADO NÃO INFORMADO)

[illegible] PEM8011 [illegible] 9C2KC1671CR016027
[illegible] MOTO HONDA 150 ANO 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAIS

Complemento / Observação

DOCUMENTO ORIGINAL

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA NESTE BO, QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VITIMA O MOTORISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO. A VITIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ANDANDO PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATADA DO DIA 15/01/2016, CARIMBADA E ASSINADA POR THYAGO BELO PEDROSA.

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

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAEIS
(VITIMA)

JOSE LEONARDO GONCALVES DE SOUSA 339341-7

DOCUMENTO ORIGINAL

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE SURUBIM

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206000136**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/01/2018** às **11:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **7/1/2018 às 08:30**

Fato ocorrido no endereço **AVENIDA MARILDA ARRUDA GUERRA, UFA 24H - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO COQUEIRO - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAEIS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAEIS

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

JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAEIS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GORETE SILVA DE MORAIS** Pai: **JURANDIR PEREIRA DE MORAIS** Data de Nascimento: **29/10/1982** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8609524/SDP/PE (RG), 04408851401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:
- **897025708**

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 256 - CEP: 0 - Bairro: SAO SEBASTIAO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAEIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAEIS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEM8011** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1671CR616827**
Descrição: **MOTO HONDA 150 ANO 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAIS**

Complemento / Observação

[illegible] ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JA DESCRITA NESTE BO. QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VÍTIMA O MOTORISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO, A VÍTIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ANDANDO PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATADA DO DIA 15/01/2018, CARIMBADA E ASSINADA POR THIYAGO BELO PEDROSA.

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

JOSÉ LEONALDO SILVA DE MORAEIS
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSÉ LEONARDO GONÇALVES DE SOUSA - Matrícula: 328341-7

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: [illegible] | CPF da Vítima: [illegible] | Data do Acidente: [illegible]

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome do Pai/Mãe do Representante Legal: [illegible] | CPF do Representante legal: [illegible]

Email: | Telefone (DDD): [illegible]

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

X Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

_ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

_ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, sem o que esta declaração permite o prosseguimento da análise da minha documentação, sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT, para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação medica ou renuncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Barueri, 01 de [illegible] de 2019.

(cidade)

[illegible] 14 MAI 2019

Campo 1 – Assinatura da Vítima | Campo 2 – Assinatura do Representante Legal

LIDER

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: 044.969.514-01

4 - Nome completo da vítima: José Edinaldo Silva de Morais

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

5 - Nome completo: José Edinaldo Silva de Morais | 6 - CPF: 044.969.514-01

7 - Profissão: Rocheiro | 8 - Endereço: Rua Antonio Bento Silva | 9 - Número: 256 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro | 12 - Cidade: Surubim | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 55750-000

15 - [illegible] | 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9258-3087

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

[illegible] do Representante Legal:

[illegible] 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).

DADOS [illegible]

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4067 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 01-000794 4 (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.

INVALIDEZ

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 [illegible] por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ [illegible] não atende a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ [illegible] região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ [illegible] que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

[illegible] assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação [illegible] concordância, 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.

MORTE

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(veinascer)? ☐ 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.

[illegible] TRANSCRITIZADO

34 [illegible]

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - [illegible] de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Surubim 10/09/19.

José Edinaldo Silva de Morais
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)