



VALE EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421126420

NOME
JOSE LUIZ DE LIMA

DOC IDENTIDADE / ORIG EMISSOR / UF
5463579 SSP PE

CPF
932.658.424-28

DATA NASCIMENTO
29/04/1960



FILIAÇÃO
SEVERINO LUIZ DE LIMA

MARIA JOSE DA SILVA

PERMISSÃO
ADP

Nº REGISTRO
05553060513

VALIDADE
28/01/2022

PRABILITACÃO
31/07/2012

OBSERVAÇÕES

KAR

RECIBIDO FISCAL
1421126420

Assinatura do titular

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
31/01/2017

Assinatura do Diretor
Cláudio Antônio Soares Ribeiro
Diretor Presidente

5582137761
09077648519

ASSINATURA DO TITULAR
PERNAMBUCO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABR/DOCDORIGINAL.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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Carlos Andre da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.693.484 / 83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Luiz de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o nº 032.658.424 / 28

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima O MESMO

Inscrito (a) no CPF sob o nº 032.658.424 / 28, 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 Estrada do Tip</u>	Número:	<u>75</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Muribara</u>	Cidade:	<u>São Lourenço da Mata</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>carlosandredasilva1986@gmail.com</u>	CEP:	<u>54720-675</u>	Tel. (DDD):	<u>(81) 9 8702-7465 / 9 82179123</u>

Local e Data:

SÃO LOURENÇO DA MATA 13/11/19

CARLOS ANDRÉ DA SILVA

Assinatura do Declarante

Afandimento: 1010736

Senha da Classificação:

0219

Data e Hora: 23/04/2019 20:52

Especialidade:

Paciente: 311858 JOSE LUIZ DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/04/1980

Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4589

Endereço: NAO SABE INFORMA

Bairro: PLANALTO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53550594

Usuário Atendimento: ELAINECAL

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Fisica):

Fone: 86803218

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 21h

Queixa Principal

PT Trazido pelo SAMU com história de Colúbia
Mole - Como um traço em Abdom e
Sintoma urticar
Pele

Exame Fisico

BGM. Consciente, orientado, eufórico, afável, colabora
com o exame. Tórax: BVP 4/13
Muc: mucosa rosada. Abd: Dor e BVP + Espontânea

Hipotese Diagnostico

Trazido por dor abdominal e Hematuria
- Lesão urticar? Lesão em Ducto

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

Dipirona 120 + 1000 + 2500
Simvastatina 40

Tatiana M. de Souza
Fis. Terapeuta
CRM: 574.000

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

HOF - CG + Uno

Senha: 566993

Usuário Triagem:

Seguir com SAMU



1010736

24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/04/2019 20:35



Nome Paciente: JOSE LUIZ DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/04/1980
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0219
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/04/2019 20:45 - 23/04/2019 20:47

JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PCTE TRAZIDO PELO SAMU CAMARAGIBE, OCORRENCIA 6618978 COM RELATO DE DOR EM MSE, EM REGIÃO PELVICA E MID APOS ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA 01H

Observação: ALERGIA -
DM -
HAS -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSIVEL

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 85.00 BPM
- HGT: 95.00 MG
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SAO2: 99.00 O2

Acolhido(a) por: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/04/2019 20:47



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
JOSE LUIZ DE LIMA

Sexo:
MASCULINO

Mãe:

MARIA JOSE DA SILVA

Endereço:

RUA DOUTOR OLAVO GOMES PINTO, N.º 0 - BAIRRO: CENTRO - CIDADE: SÃO LOURENÇO - UF: MG

CNS:
898001087405752

Idade:
38 Anos 11 Meses 25 Dias

Contatos:
81. | Celular: 81.

Nasc.
29/04/1980

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 23/04/2019 21:49

Prontuário: 1085202

Nº. Atendimento: 3324533

Serviço: UROLOGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

COLISÃO MOTO-ÔNIBUS HÁ 3H

História Clínica

MOTOCICLISTA VITIMA DE COLISÃO COM ÔNIBUS, HÁ 3 HORAS. RELATA QUE NÃO TEVE PERDA DA CONSCIENCIA E REFERE DOR EM REGIÃO TESTICULAR

Exame Físico

EGG, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, ORIENTADO
A: COM COLAR CERVICAL E VIAS AERÉAS PERVIAS
B: MV+ EM AHT, S/RA
C RCR EM 2T BNF S/S FC=100 S02= 98%
D: PUPILAS REATIVAS, FOTORREAGENTES, SEM DEFICIT MOTOR
E: ESCORIAÇÕES E PRESENÇA DE SANGRAMENTO URETRAL

ABD: GLOBOSO, COMPRESSIVEL INDOLOR, DD NEG
GENITALIA: PRESENÇA DE DOR A PALPAÇÃO DE PENIS E TESTICULO. PRESENÇA DE SANGRAMENTO URETRAL E EDEMA E HIPEREMIA TESTICULAR

Observações

Conduta

CD: SOLICITO JEX
SOLICITO AVALIAÇÃO DA UROLOGIA

PAULO DA COSTA CARVALHO NETO - CRM: Nº.18322

Dra. Luciana Almeida
Médica
CRM-PE 4077

22:45L C/urgê Oncl

RX tórax, pulm e urinal sem alterações significativas

CD. Retorno com urgência.
Ata de C/urgê Oncl
A urologia

Rafael Levy de Andrade
Médico
CRM-PE 20692

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE LUIZ DE LIMA
 Data Nasc.: 29/04/1980 Idade: 38 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS:
 Endereço: RUA DOUTOR OLAVO GOMES PINTO Nº: 0
 Bairro: CENTRO Cidade: SAO LOURENCO Estado: MG
 CEP: 37470970 Fone: 5581 Celular:
 Acompanhante: Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
 Nome do Conjuge:
 Clínica: UROLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/04/2019 21:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

		HOF
	Realizado por: [assinatura]	[assinatura]
	[assinatura]	emp. 1/1
	Reg. [assinatura]	[assinatura]
23/04/19	Paciente com EOP, consciente, orientado, eupneico, afebril, hidratado, SUP em VSD em neuroclise; com dieta branda apresentando sangramento no tórax! segue em tratamento.	[assinatura]
16:53		[assinatura]

23.04.19
mide

GUIA DE TENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO

NOME Jose Luiz de Lima IDADE 38 anos

REGISTRO _____ DATA 23/04/19

HDA PCT vítima de Colisão moto - Camo com
trauma em abdome e pelve, veio trazido pelo
SAMU com dor em DV e Hematúria

EX FÍSICO B6R4, Consciente, orientado, eufórico, c/fe
nor, AN: NOV PA: 140x80 SPO: 100%

ABD: Dor em BV + Espasmo local + Hematúria

EX COMPLEMENTARES Pelve SI sinais de fratura ou ruptura
6/23/2015

RX ABDOMINAR em Anxo

RX B2U2

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1. Trauma Abdominal fechado c/ Hematúria
2. - Lesão uretral?
3. - Lesão Bexiga?

CONSULTA ADOTADA NO ATENDIMENTO

SRL 500L + Dipirona

SENHA 5668983 HOF - CG + URO

COM ACOMPANHAMENTO MED _____ NÃO ☒

JUSTIFICATIVA

HORA DA SOLICITAÇÃO: 21h

HORA DA SAÍDA

ENFERMEIRO DA LEBER

[Assinatura]
Dr. [Assinatura]
Médico
22.000

Paciente: 1085202 - JOSE LUIZ DE LIMA

Idade: 38 Anos 11 Meses 29 Dias

Data de Nascimento: 29/04/1980

Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 12345

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3324568

Leito: CORREDOR-28-S

Admissão: 24/04/2019 06:19

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 503839 (FECHADO)Responsável: EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA
CRM 61044

Data de Referência:

27/04/2019

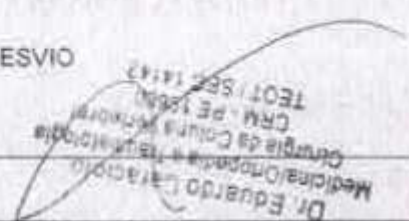
Data/Hora do Documento:

27/04/2019 10:32

RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DA CABEÇA DA FIBULA SEM DESVIO

CD: GESSO JOELHOIRA

ALTA DA ORTOPEDIA - ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL


EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E
CRM 61044



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

JOSE LUIZ DE LIMA

9- SEXO

MASCULINO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

AV DR OLAVO G. PINTO, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: SAO LOURENCO - UF: MG

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1085202

7- (CNS)

898001087405752

8- DATA DE NASCIMENTO

29/04/1980

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

MARIA JOSE DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 35356462 | Celular: 81.

14- TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma moto-ônibus, com sangramento uretral

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

clínica

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
ABDOMEN AGUDO - R100		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (A?) - 0204050138		
26- CLÍNICA	27- CARACTER DA INTERNAÇÃO	31- DATA DA SOLICITAÇÃO
CLÍNICA GERAL	URGENCIA E EMERGENCIA	23/04/2019
29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)		
CAMILA MARANHÃO PASSO LIRA - CRM: Nº.26184		* 05569823476
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41- CBOK
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO	☐ EMPREGADOR	☐ AUTÔNOMO
☐ DESEMPREGADO	☐ APOSENTADO	☐ NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

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

USG ESCROTAL

1. Testículos ^{direito} tópicos, de forma e volume normais, ^{com} textura acústica homogênea.

$$TD = \frac{4,0 \times 1,9 \times 2,9}{4} \text{ cm}$$

$$TE = \frac{4,8 \times 2,5 \times 2,4}{4} \text{ cm}$$

com fluxo ao doppler colorido.

2. Epididimos ^{direito} ecograficamente normais.

3. Ausência de hidrocele.

4. Não identificamos imagem de varicocele.

Hipótese diagnóstica

~~No exame ecográfico da bolsa escrotal sem alterações~~
 Epididimo esquerdo aumentado e de textura heterogênea
 Testículo esquerdo globoso
 com textura heterogênea
 apresentando contornos irregulares
 e áreas hipoeecóicas de perimeio,
 porém com fluxo ao doppler colorido.
 Presença de líquido em hemibolsa
 (Hidrocele).
 escrotal esquerda. com áreas
 hipoeecóicas anóides no seu interior
 (Hematoma).

Consulte sua fatura na internet
ou nas caixas eletrônicas do Itaú.



CTC REGISTRATION



CARLOS ANDRE DA SILVA
1 TV ESTRADA DO TIP 75
MURIBARA
54720-674 SAO LOURENCO DA - PE



7F110481300264nn000000082130 0410TW

Date de l'original: 06/10/2019

Data de Vencimento: 12/10/2019

Data de Fechamento (emissão): 03/10/2019

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 03/11/2019



**PREFEITURA DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE SAUDE
SAMU 192 – BASE DE CAMARAGIBE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o paciente, José Luiz de Lima, RG: 5.463.579 SSP-PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 – Base Camaragibe, no dia 23/04/2019, vítima de colisão moto x ônibus, no bairro Tiúma, no Município São Lourenço – PE, em seguida foi removido para Upa de São Lourenço e redirecionado para o Hospital Otavio de Freitas, e gerada a ocorrência de Nº S. 618.978.

Camaragibe, 23 de maio de 2019


Glenda Sheila
Enfermeira
COREN 399100

Glenda Sheila de Melo

ENFERMEIRA

Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192
Base Descentralizada Camaragibe



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
L-710/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



VENÂNCIO CARNEIRO RUIFANO
OF. PM - MAT. 88847-9
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	SÃO LOURENÇO DA NATA	Rodovia	PE-005	Km	
Ponto de Referência	EM FRENTE A TIUMA PAES	Data	23/04/19		
Dia da Semana	TERÇA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	19:30	Hora/Cheg./Pr	22:10

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		COLISÃO		CHOQUE		CAPOTAMENTO	
Pedestre		Longitudinal		Frontal	X	Poste, Arvore	Tombamento
Animal		Transversal		Traseira		Muro, Casa	Saida da Pista
						Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	
Nº/VEIC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE			IDENT. 02	NÃO IDENT		TOTAL 02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMÁFORO	
Longo da Via	X	Seca		Bom		Manhã		S/Defeito	X
Cruzamento		Molhada	X	Chuva	X	Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Neblina		Noite	X	Desligado	
		Olcada		Garoa		Madrugada		N/Existe	

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

		Placa "Pare"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
Policial		Placa "Dê a Pref."		Única		Faixa Contínua	
F Pedestre		Não há Placas	X	Dupla	X	Canteiro Central	
F Retenção						Blocos	
						Outros	

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	V1
Enc. Para Exame		Socorrido	V2

VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI/V2	Passageiro	VI/V2	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V2
De tração animal		Tração		Aluguel	V1

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01									
Marca	AGRALE	Modelo	MPOLO	Ano	2010	Renavam	303519070	Placa	PFM-4463
Município	CABO DE STO AGOSTINHO		Nº do Chassis	9BYC5ZA1ABC000306			Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado	Apreendido			Liberado			X	Evadido - se	
Proprietário	JOSE JAMACI DA SILVA								
Residência	AV. SENADOR ERMILIO DE MORAIS, 104								
Município	CABO DE STO AGOSTINHO	Rg		Org. Exp.		Bairro	SÃO FRANCISCO		
Condução						CPF	792.647.784-20		
Residência	EDSON BARBOSA DA SILVA								
Município	RUA FREI DAMIÃO, 06					Bairro	TIJUMA		
	SÃO LOURENÇO DA MATA	Rg	7796580	Org. Exp.	SDS-PE	CPF	090.488.264-03		
CNH/Pront / Nº	04365891766	Categoria	AD	Validade	26/08/2019	Hora/Dir.			
VEÍCULO - 02									

VEÍCULO - 02									
Marca	HONDA	Modelo	NXR 160	Ano	2016	Renavam	1102637650	Placa	PDZ-2791
Município	ABREU E LIMA	Nº do Chassis					Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado	Apreendido					Liberado	X	Evadido - se	
Proprietário	ADEILDO JOSE DE SANTANA								
Residência									
Município						Bairro			
Condutor	Rg		Org. Exp.		CPF				
Residência	JOSE LUIZ DE LIMA								
Município	ABREU E LIMA	Rg	5463579	Org. Exp.	SSP-PE	Bairro			
CNH/Pront / Nº	05553060612	Categoria	AB	Validade	28/01/2022	Hora/Dir.	032.658.424-28		
TESTEMUNHA - 01									

TESTEMUNHA - 01									
Nome									
Residência	Idade		Sexo		Profissão				
Município	U.F.	Rg	Bairro	Org. Exp.	CPF				

TESTEMUNHA - 02									
Nome									
Residência	Idade		Sexo		Profissão				
Município	U.F.	Rg	Bairro	Org. Exp.	CPF				

VÍTIMA - 01

VITIMA - 01		Natureza dos Ferimentos			Leve	X	Graves	Mortais	
Nome	JOSE LUIZ DE LIMA				Motorista	X	Passageiro	Pedestre	
Estado Civil			Idade		Sexo	MASC		Nacionalidade	
Profissão			Residência				Bairro		Naturalidade
Município	ABREU E LIMA		UF	PE	Rg	Org. Exp.		CPF	CAETES II
Socorrido	UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA E POSTERIORMENTE AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS						Município		
Dados Fornecidos Por		SEVERINO LUIZ DE LIMA FILHO							
Residência		RUA ENGENHEIRO SALES ZAICANE, 246							
Município	RECIFE		UF	PE	Rg	5463608	Org. Exp.	SSP-PE	IPATINGA
								CPF	025.904.374-55

VÍTIMA - 02

VITIMA - 02		Natureza dos Ferimentos		Leve		Graves		Mortais	
Nome		Motorista		Passageiro		Pedestre			
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade		Naturalidade	
Profissão		Residência							
Município		UF		Rg		Org Exp.		Bairro	
Socorrido								CPF	
Dados Fornecidos Por						Município			
Residência									
Município		UF		Rg		Org Exp.		Bairro	
						CPF			



VERIFICAÇÃO CARTEIRO SUPLENTE
DE PE - MAT. 204847-2
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA

XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162, I CTB)		Deixar de Prestar Inform. s/ accid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. s/ Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trâns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa ileg. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trâns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. Do Carrot. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserv. Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência			Matricula	
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SD	Matricula	115416-8
			NOME	GONZAGA NETO
XVIII - Digitador da SSTA	CB PM VIRGINIA RUFINO		Of. Chefe da SSTA	TEN PM M. FERREIRA

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA:

06 / 05 / 19

ASS:

Virginia Rufino

Virginia C. Rufino
CB PM - Matr. 104



IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO





BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1730 12014).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE: DADOS COMPLEMENTARES:

A vítima foi socorrida por uma equipe do Corpo de Bombeiros para a UPA de São Romão. Posteriormente foi encaminhada ao Hospital Christus de Frutuos, conforme foi registrado no ato pelo Sr. Serrano Luiz de Lima Filho RB: 5463608 SSS-PE, que se trata de um dos envolvidos.

A motocicleta foi atingida no momento em que estava a 1ª faixa a cargo do Sr. Serrano de Mendonça da Silva, RB: 6630882 SSS-PE, responsável legal pelo veículo.

O local ficou devidamente protegido para a motocicleta da vítima, pois, devido a falta de sinalização, sendo necessária sua retirada para o depósito no local de destino.

Ambas as partes foram orientadas sobre os procedimentos que serão adotados por ocasião da identificação por meio de vídeo e de fotografias no interior do veículo, porém não foi possível obter nenhuma fotografia do veículo.

Serrano Luiz - Responsável: Serrano Luiz de Lima Filho
Serrano de Mendonça - Responsável:

Sr. RA Jorginho Rote 173416-8 Guadalupe de Lima SP de São



Veículo: _____
Nome do Condutor: _____
RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
Placa do Veículo: _____ Data: 11/1 Hora: : : _____

Assinatura: _____

Observação:

1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível.



BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº L-730 / 2019).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

EU EDSON BORBASA DA SILVA
MOTERISTA ESTAVA PARADO
ESPERANDO UM ONIBUS DE MATAS
DA LUIS PASSA QUANDO VEIO
UM MOTOQUEIRO EM MINHA
DEBAIXO BATEU EM MIM



MICRO ONIBUS AGHALP MOCOS-POLO

Veículo: Agro 1 MPOL
Nome do Condutor: Edson Barbosa da Silva
RG: 7796580 Orgão Expedidor: CPF: 090.480.264-03
Placa do Veículo: PFN 4463 AGHALS Data: 23/04/19 Hora: 19:30

Assinatura: Edson

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	032.658.424-28	Jose Luiz de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Luiz de Lima	032.658.424-28	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO INFORMAR	Rua Duque de Caxias	435-A
Bairro:	Cidade:	Estado:
São João São Paulo	São Lourenço da Mata	PE
E-mail:	CEP:	
	54705-210	
	Tel. (DDD):	
	(81) 0 8702-7465-0 8217-9123	

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

DADOS CADASTRAIS

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) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: 1903 8 CONTA: 34202 5

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

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

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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

Nome:

CPF:

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.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190636531
Nome do(a) Examinado(a): Jose Luiz de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Duque de Caxias, 435 Asao Joao Sao Paulo
Sao LourenCo Sao Lourenco da Mata PE CEP: 54705-210
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5463579
Data local do acidente: [23/04/2019]
Data local do exame: [25/11/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
CONTUSAO DE TESTICULO ESQUERDO COM HEMATOMA E FRATURA SEM DESVIO DA CABEÇA DA FIBULA DO JOELHO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 30/04/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
FUNÇÃO EXCRETORIA E SEXUAL PRESERVADA. LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXAO DO JOELHO DIREITO (REDUZIDA EM < 10 GRAUS). MARCHA PRESERVADA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL 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 o 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

SEM SEQUELA DA LESAO TESTICULAR

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	032.658.424-28	Jose Luiz de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Luiz de Lima	032.658.424-28	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO INFORMAR	Rua Duque de Caxias	435-A
Bairro:	Cidade:	Estado:
São João São Paulo	São Lourenço da Mata	PE
E-mail:	CEP:	
	54705-210	
	Tel. (DDD):	
	(81) 0 8702-7465-0 8217-9123	

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

DADOS CADASTRAIS

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) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: 1903 8 CONTA: 34202 5

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

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

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

Vivos: Falecidos:

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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636531

Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA

Data do Acidente: 23/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LUIZ DE LIMA

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\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JOSE LUIZ DE LIMA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000001903-8

Conta: 0000034202-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636531

Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA

Data do Acidente: 23/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LUIZ DE LIMA

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUIZ DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01903-8

CONTA: 000000034202-5

Nr. Autenticação

BRADESCO031220190500000000002370190300000003420233750 PAGO

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190636531**

Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA

Data do Acidente: 23/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE LUIZ DE LIMA

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398659/19

Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA

CPF: 032.658.424-28

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 23/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LUIZ DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS ANDRE DA SILVA : 064.693.484-83

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

JOSE LUIZ DE LIMA : 032.658.424-28

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: CARLOS ANDRE DA SILVA
CPF: 064.693.484-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

CARLOS ANDRE DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Jose Luiz de Lima		
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado civil: Solteiro	
Profissão:	Recuso Informar		
Identidade:	5.463.579	CPF: 032.658.424-28	
Endereço:	Rua Duque de Caxias Nº435-A São João São Paulo São Lourenço da Mata -PE		

OUTORGADO:

Nome:	Carlos Andre da Silva		
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado civil: Solteiro	
Profissão:	Recuso Informar		
Identidade:	7.429.008	CPF: 064.693.484.83	
Endereço:	Rua Estrada do Tip Nº75 Muribara São Lourenço da Mata - PE		

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

São Lourenço da Mata 11-11-2019

LOCAL E DATA



Jose Luiz de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE PERNAMBUCO	
Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE Rua Das de Janeiro, 358 - Centro (01) 3519-2217 - serventianotarial@gmail.com	
Reconhecido por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: J. J. Jose Luiz de Lima - São Lourenço da Mata, 11/11/2019, 08:35.	
ODU PE: Cílera Graciele Ramos Ribeiro - escrevente autorizada. R\$ Cartório: R\$ 3,30 - TSNR: R\$ 0,60 - PERC: R\$ 0,40 - FERM: R\$ 0,04 - FUNSES: R\$ 0,20 - ISS: R\$ 0,20 - Total: R\$ 4,54. Selo(s):	
0159483.02X11201901.00233	



Consulte a autenticidade em: www.tjpe.com.br/portal

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636531 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA **Data do acidente:** 23/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO DE TESTÍCULO ESQUERDO COM HEMATOMA E FRATURA SEM DESVIO DA CABEÇA DA FIBULA DO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: FUNÇÃO EXCRETÓRIA E SEXUAL PRESERVADA. LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO (REDUZIDA EM < 10 GRAUS). MARCHA PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM BOM ALINHAMENTO ANATÔMICO. RECUPERAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL COMPLETA DA LESÃO TESTICULAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELA DA LESÃO TESTICULAR

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014800861639
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DÓLAR RENAVAM RUA TRC EXERCÍCIO
1 1102637650 ***** 2019

NOME
ADEILDO JOSÉ DE SANTANA

ABREU E LIMA-PE 0

OPF / CNPJ PLACA
056.639.774-90 PD32791

PLACA ANT / UF CHASSI
***** / PE 9C2KLC610HR405622

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA ALCO / GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / NH500 2003 USED 2010 2011

CAP / POT / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
250 / 162CL PARTIC VERMELHA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
I	IPVA 2019 QUITADO	1º	*****
P		2º	*****
V	PAGA IPVA	3º	*****
A			

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) VOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.13 0003284.68 07/02/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BV. FINANCEIRA SA. C.F. I
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAÇÃO DATA
ABREU E LIMA 19/03/19

EDUARDO CARLOS MORAES FENILLO
DIRETOR PRES.

CONTRON

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

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1298981779

NOME
 CARLOS ANDRÉ DA SILVA

DOC. EMISSÃO / END. EMISSÃO / UF
 7429098 RNM PE

CPF
 064.693.684-83

DATA NASCIMENTO
 13/06/1966

PLACAS
 BEVERINO CARLOS DA
 SILVA
 LUIZA MARIA DA SILVA

PROMISSÃO
 []

REC
 []

CAT. HSB
 05

IFRACIÓRIO
 0254302021

VALIDADE
 03/06/2021

EMISSÃO
 16/03/2005

CLASSIFICAÇÃO
 A

CARLOS ANDRÉ DA SILVA

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 03/06/2016

ASSINATURA DO HABILITADO

45584380486
 PR070072040

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1298981779