

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200114316
Nome do(a) Examinado(a): Pedro Luiz da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Sta Catarina de Sena, 11
Cohab Serra Talhada PE CEP: 56909-188
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 3314166
Data local do acidente: [16/12/2019]
Data local do exame: [22/04/2020] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO

Complicações: DEFÍCIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO

Data da Alta: 14/04/2020

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

ROTAÇÃO E ELEVAÇÃO PREJUDICADA

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

Sim Não

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

Sim Não

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

DEFÍCIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo 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 (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

limita trabalho de pedreiro

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

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122


Dr. Ebenone da Silva
CRM:15122
TEOT:10541
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

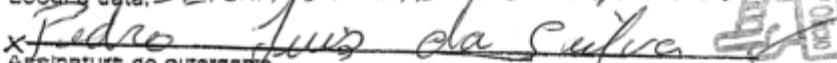
Nome: PEDRO LUIZ DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PORTADOR, portador(a) do RG 3.314.166, órgão expedidor SOS-PE
e do CPF 681.957.294-82, residente no(a) STA-CATARINA DE SIENA
nº 11, bairro: COHAD, município: SERRA TALHADA-PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor ESP-PE
e do CPF: 008.475.324-29 residente no(a) ANTÔNIO TÔME DE SOUZA
nº 573, bairro: SÃO CRISTÓVÃO município: SERRA TALHADA-PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de Indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento desta mandado, da vítima PEDRO LUIZ DA SILVA
CPF 681.957.294-82 data do acidente: 16/12/19 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: SERRA TALHADA-PE 18/03/2019

Pedro LuiZ da Silva 

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

DADOS DE QUEM ASSINA A RODO (SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG: _____, órgão expedidor: _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina a RODO

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por autenticidade de PEDRO LUIZ DA SILVA. Dou Fé. Serra Talhada-PE. Em test. () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva-Titular. () Maria Lúcia de Souza-Substituta. Emol-R\$ 3,39. TSNR-R\$ 0,80. FERG-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.VUZ12201901.02354 18/12/2019 11:49:24
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200114316 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE OU PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200114316 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA

Descrição do exame ROTAÇÃO E ELEVAÇÃO PREJUDICADA

físico: DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
EVOLUIU COM DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO
DATA DA ALTA: 14/04/2020

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/04/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DO OMBRO ESQUERDO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 15/04/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF do beneficiário: 681.959.394-87

Nome do solicitante: PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF do solicitante: 681.959.394-87

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9998-5477

Tel. Comercial: ()
 DDD

Tel. Residencial: ()
 DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

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

SERRA DALTINA - PE 15/04/2020

Local e Data

*Pedro Luis da Silva

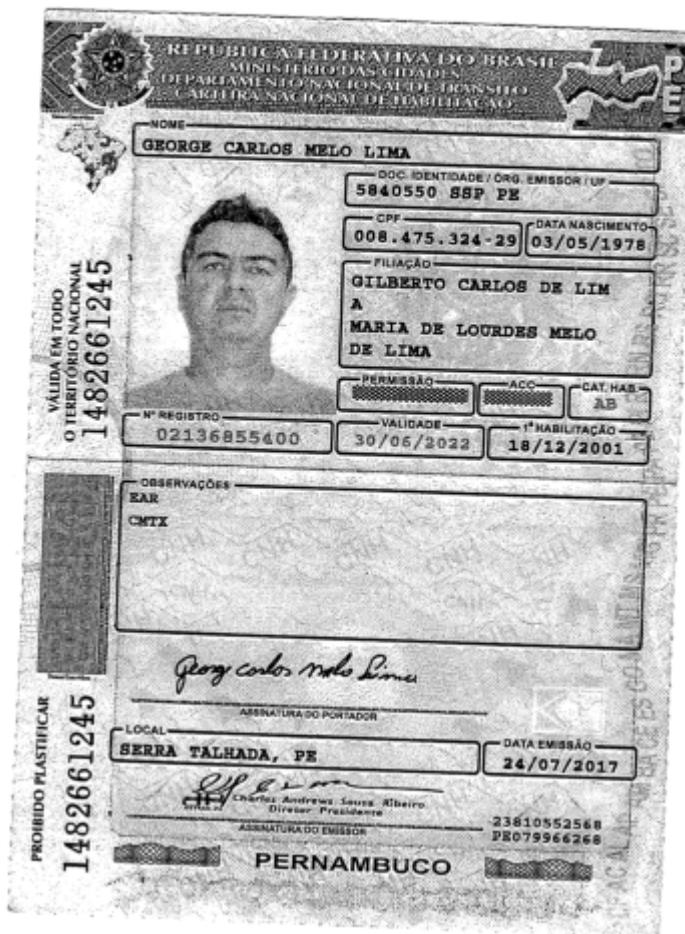
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

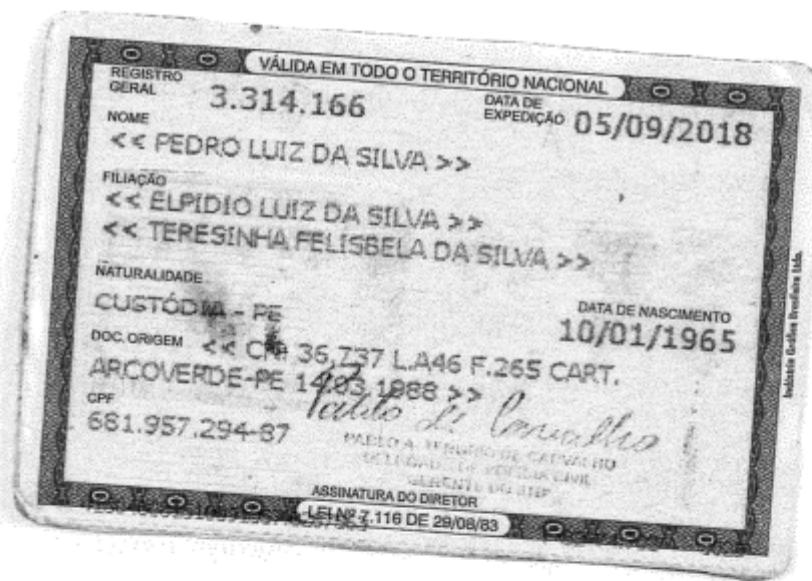
IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





SICUS.

AC



PERNAMBUCO
MAIS VIDA MAIS PESSOA



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Data:	16/12/2019	Horas:	22:10	Nº:	186
Nome:	Pedro Henrique da Silva			Foto:	
Nome Social:				Profissão:	Pedreiro
Nascimento:	10/01/1965	Sexo:	M	Eletro. Cid:	Voltar
Escalafone:	5	Seu:		Responsible:	Henrique
Mãe:	Peregrina Rosângela de Sá			Foto:	
Endereço:	Av. Impulso Lemea, 120			Município:	3. Jardim
Pulseira:	5	Placa:	U	Fone:	9 88190343
Cartão SUS:				RG/CPF:	3.314.166
Raça/Cor:	Branca	Preta	Ind.	Parda	Amarela

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

Situação/Quicixa:

PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO ₂ :	U:	D:
Medicações em uso:		Inhalador: Broncodilatadores				
Exames:		Carimbo e Assinatura				

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Febre no abdômen R desco
Febre subacetabular

Tratamento:

- Verde
- Voltar com D
- Diflora + Içá

27/12/2019
Eugenio Andrade M.
COREN: 386.036.72

Hipótese Diagnóstica:

Febre clínica E

Carimbo e Assinatura:
Dr. Ebenor Antônio da Silveira
CPF 882.723.544-20
Médico Traumatologista

98503-7489 / 98826-8789



ESTADO DE
PERNAMBUCO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



Sistema
Unificado
de Saúde

Nome: Pedro Luiz Soárez

Data: 1/1

(549)

Endereço:

A Traumatolog-

Per:

Filho de David E

17/12/29

Dr. Enio da Carvalho
Traumato-Otropedia
CRM: 16518

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA, 955 – CENTRO – SERRA TALHADA
FONE E FAX: (87) 3831-9800 – e-mail: hospam2011@hotmail.com



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

J Kijo Steinman

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2	3	5	1	6	3
---	---	---	---	---	---

4 - CNES

2	3	5	1	6	3
---	---	---	---	---	---

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PEDRO LUIZ DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8	9	8	0	0	3	4	0	4	2	6	4	4	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

6 - DATA DE NASCIMENTO
10 / 01 / 1965

9 - SEXO
Masculino

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

210501

10 - RACA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

TERESINHA FELISBELA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA SANTA CATARINA DE SENA, N:11, COHAB

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

12 - FONE DE CONTATO
8 798 803 7484

14 - FONE DE CONTATO
8 798 803 7484

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2613909

18 - UF

P

19 - CEP

56900000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Posicão sentada M/S, debilitadíssima, desidratação crônica, subfebre e cefaleia, dor e hiperemia ócclusa.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade hospitalar

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

de Freitas

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408010150

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGUROADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261950 506475-2

12

02

29/12/2020, 23/12/2020

Ilmo Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

51 - ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

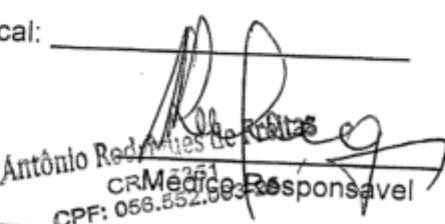
XI GERAÇÃO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

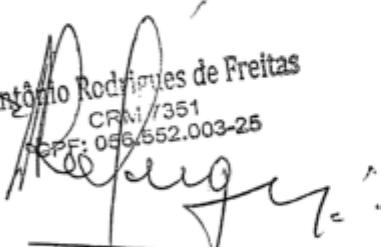


Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 19/12/2019	Atendimeto: 0029664	Quarto/leito: 203 / 2
Paciente: 00210501 - PEDRO LUIZ DA SILVA		
Data Nasc: 10/01/1965	Idade: 54 Anos	Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Profissão: PESCADORES E TRABALHADORES ASSEMELHADOS NAO-CLASSI	Naturalidade: CUSTODIA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: ELPIDIO LUIZ DA SILVA		Nome Mãe: TERESINHA FELISBELA DA SILVA
Endereço: RUA SANTA CATARINA DE SENA, 11		- COHAB - SERRA TALHADA - PE
Telefones: () . / () . / (87) 9880.37489		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicidio ()	Casual ()	Agressão ()
Outros ()		
Nome Acompanhanete:		Telefone de Contato: () .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrencia:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
<p>Posse de drogas psicoativas M&T, alcool, evidências de cocaína. Olhos vermelhos, dor, dor e febre e fezes duros.</p> <p><i>Fenômeno cardiovascular</i></p>		
Diagnóstico Inicial:		
Diagnóstico Final:		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada ()	Descrição Médica ()	
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data do Internamento: <u>20/12/19</u>
Piorando ()	Transferência ()	
Obito + 48h ()	Evasão ()	Data da Alta: <u>21/12/19</u>
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	
Obito em _____		Local: _____
Hora : _____		
 Antônio Redondo M. Leite CRM: 2251 Médico Responsável CPF: 058.552.903-00		

Hospital São Vicente

Data Atend: 19/12/2019	Atendimeto: 0029664	Quarto/leito: 203 / 2
Paciente: 00210501 - PEDRO LUIZ DA SILVA		
Cirugia Realizado:	N. do Procedimento:	
Osteosseos Clavicular	04080150	
Data: 20/12/19	Inicio:	Término
Cirurgião: Dr. dey		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Rebeca		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:	Seb peveste ser assens. Regio clavicular t, fezes qd force peitos. Subqis qd clding per pccos, atrofias qd pccos jauantes bloq. feze qd fezes, bolcos e fiscos usados o drio Kirschner sube p m pccos e qdativo	
 <p>Antonio Rodrigues de Freitas CRM: 7351 CPF: 056.552.003-25 Rebeca</p>		
Assinatura do Cirurgião		

NÃO ALÉRGICO

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/12/2019 09:40

MÉDICO SOLICITANTE

ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 015926

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: PEDRO LUIZ DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO: 655090

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO: 10/01/1965

SEXO: Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: TEREZINHA FELISBELA DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA 10, 11, COHAB

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2613909

UF: PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT, CONSENTE, ORIENTADO APOS QUEDA APRESENTA DOR E EDEMA, NEGA HAS E DM

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):
EXAME FÍSICO +, RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:
(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

ESCLARECIMENTOS

PEDRO LUIZ DA SILVA

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 16/12/2019 no município de Serra Talhada- PE. Após o acidente foi atendido no HOSPAM, em Serra Talhada, onde foi evidenciada fratura de clavícula esquerda. O paciente realizou procedimento cirúrgico para osteossíntese no Hospital São Vicente em Serra Talhada dia 20/12/2019.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente no dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: dor intermitente em ombro esquerdo, associado a edema. Relata dormência e formigamento no MSE e ainda força diminuída no membro.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 75% para suas funções trabalhistas como Pedreiro.

Dra. Tamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.615

Serra Talhada, 14 de abril de 2020.

ESPECIALISTAS:

- Traumatologista/Ortopedista
- Anestesista - Especializada em acupuntura, dor crônica e ondas de choque
- Ultrassonografia
- Medicina Ortomolecular
- Neurocirurgião
- Nutricionista
- Reumatologista
- Fisioterapeuta
- Cardiologista - Crianças e recém nascidos
- Hematologia e Hemoterapia
- Clínica Geral



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 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 9135

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=29696>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324-129 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PEDRO LUIZ DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o N° 681.957.294-87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PEDRO LUIZ DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o N° 681.957.294-87 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova da residência junto a Seguradora Lider-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>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>gmgejaseguros@mail.com</u>	CEP:	<u>56.903-220</u>	Tel. (DDD):	<u>87.99998-1472</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 12/03/2020

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-03 | Inscrição Estadual: 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RESUMA MAGNA DOS SANTOS

CPF: 037 359 114-47 NIS 20927832814

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL,
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA STA CAIARINA DE SENA 11

COHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA/PE
56900-000

DATA DE NOTA FISCAL	TIPO	EMISSÃO
08/09/2019	UNICA	28/10/2019
28/10/2019	2000590334	3671954

CONTA CONTRATO	NÚMERO
4009072336	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	04/11/2019
DATA DE PRAZO PARA PAGAMENTO	27/11/2019
152,24	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	0,27048070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,46369824	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,69554752	83,46
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,77283257	8,18
Acréscimo Bandeira AMARELA		3,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA		1,47
Contrib. Ium Pública Municipal		8,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 075235781-27/08/19		0,75
ICMS Subvenção Baixa Renda		0,08
Multa por atraso-NF 075235781 - 27/08/19		1,73
Juros por atraso-NF 075235781 - 27/08/19		0,77
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821-1542		5,00

TOTAL DA FATURA 152,24

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA-FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
CHEM100	CAT	28-10-2019	42-100,44	29-10-2019	29-100,00	0	1,00000	0			223,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	ICMS	PIS	COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	COMPOMISSÃO DO CONSUMO
OCT 19	229			134,81	2,00	33,70	Geração de Energia R\$ 44,42 32,95%
SET 19	191			134,81	1,20	1,73	Transmissão R\$ 4,90 3,53%
AGO 19	162			134,81	0,98	0,02	Distribuição (Celpe) R\$ 29,70 22,08%
JUL 19	160			134,81	0,98	0,02	Perdas de Energia R\$ 9,37 6,95%
JUN 19	161			134,81	0,98	0,02	Encargos Setoriais R\$ 2,81 2,14%
MAY 19	207			134,81	0,98	0,02	Tributos R\$ 43,45 32,23%
ABR 19	180			134,81	0,98	0,02	Total R\$ 134,41 100%
MAR 19	109			134,81	0,98	0,02	
FEV 19	169			134,81	0,98	0,02	
JAN19	254			134,81	0,98	0,02	

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Consumo Ativo superior a 220 kWh

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,19328400
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,34402000
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130300
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,52967000



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Pernambuco
Av. Júlio de Britto, 111, Box Vista, Ipojuca, PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0055943-63 | www.cnepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 286 442 044-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

SPED NOTIFICAÇÃO	SUJEITO	EMISSÃO DO SPED
078983750	UNICA	11/08/2018
APERTURA DA	Nº DO CLIENTE	Nº DA ESTABELECIMENTO
11/08/2019	2000530115	3680341

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA

RUA ANTONIO TOME DE SOLIZA 573

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA

SERRA TAL
56903-220

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRAZERAULTURA
23/09/2019	14/10/2019
TOTAL DE FOLHAS	156,52

3680341

DETALHAMENTO DA DESPESA			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	157.0000000	0,77852320	122,38
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,91
Contrib. fum. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 0892111142-1/10719			1,11
Doação APAE - 0800 722 2733			15,00

TOTAL PAGE(S)

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
180764	C.A.I	13-08-2019	8.621,00	11-09-2019	8.679,00	39	1,00000		157,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

卷之三

www.ijerph.com

Pequeno período mais forte de vocal: **temposa popular**. Início gaitas de varredura 717 noite se da parte (Imagem vídeo informa na mesma gaita que é de um cliente que não fazia mais contato com a marca e caiu na categoria 1). "Né delle de fatura e lembranças em Veneza". Mais informações em [www.vivacell.com](#). Colaborador ICMS sobre auditoria: [www.vivacell.com.br](#) e 0800 749 6893. Cliente é compensado automaticamente se não consegue individual ou do nível de tempo de faturamento. Peço, em outras palavras, que a sua fatura é paga automaticamente se não puder pagar. O seu cliente é compensado quando essa despesa é paga pelo cliente para as partidas de comunicação comercial. O consumidor pode contratar a cobrança de serviços de

ACORDOS DE FORNECIMENTO (Resolução ANEEL 11.6.0010), tarifas, preços, serviços prestados e tributos se encontram disponibilizados para consulta em nossas unidades de atendimento no site.

THE JOURNAL OF CLIMATE Vol. 23, No. 10, October 2010

DISTRIBUICIÓN DE FRECUENCIAS DE LOS INTERROGATÓRIOS				
CONSUMO	VÁLOR APROXIMADO JUL/2019	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
DIC	0,00	5,43	10,86	21,73
FIC	0,00	3,30	6,60	13,20
OMIC	0,00	3,11	0,00	0,00

根据以上分析，本研究将对以下问题进行探讨：

VALOR MÉDIO MATERIAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

Digitized by srujanika@gmail.com

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: 681.959.294-87 4 - Nome completo da vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

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

5 - Nome completo:	PEDRO LUIZ DA SILVA		6 - CPF:	681.959.294-87
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
PE DREMO	5ta CATARINA DE SENA	11	ESSES	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	56.900-000
COHAB	SIERRA ALTA IIADA		16 - Tel. (DDD):	97 99998-1412
15 - E-mail:				

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 0914 B CONTA: 55162 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim
 Não Vivos: Falecidos: Não Não Vivos: Falecidos: Não Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SIERRA ALTA IIADA - PE 32/03/2020

xPedro Luiz da Silva George Cordeiro Melo Bessa
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177^a CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177^a CIRC
DINTER2/21^a DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0267005200

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/12/2019** às **10:36**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOIS BAIRRO COHAB, POR TRAS DO 14 BPM - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCOMHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
PEDRO LUIZ SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO LUIZ SILVA**

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

PEDRO LUIZ SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TERESINHA FELISBELA DA SILVA** Pai: **ELPIDIO LUIZ DA SILVA** Data de Nascimento: **10/1/1965** Naturalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA DEZ BAIRRO COHAB, PROXIMO DO FORUM - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 11 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO DO FORUM**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO LUIZ SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO LUIZ SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDZ1984** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **046704807** Chassi: **9C2KC1680FR205227**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTE BOE O QUAL JA DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE QUE COMUNICA QUE EM DAT E HORA COMO TAMBEM LOCAL DESCRITOS NESTE PROCEDIMENTO QUANDO TAFECAVA NA RUA DOIS NO BAIRRO COHAB E DE REPENDE ATRAVESSOU EM SUA FRENTA UMA MOTO DE COE AMARELO COM PRETO E NAO DANDO TEMPO PARA PARAR BATEU NA MESMA E VINDO A CAIR E AO SOLO E SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL PELO CORPO DE BOMBEIROS ONDE CONSTATOU SE QUE SUA CAVICULA DO LADO ESQUERDO ESTAVA QUEBRADA E FOI TRANSFERIDO PARA A CASA DE SAUDE SAO VICENTE ONDE FOI OPERADO PELO DR.ANDRE BARRETO MEDICO DE SERVICO NAQUELA UNIDADE DE SAUDE E POR ESTE MOTIVO FAZ TAL COMUNICACAO PARA FINS DE DIREITO ADIANTA QUE O MOTOQUEIRO DA CITADA MOTO EM QUE A VITIMA BATEU AVADIU SE DO LOCAL SEM LHA PRESTAR NEM UM SOCORRO E POR ESTE MOTIVO TAMBEM NAO SABE QUEM E ESTA PESSOA.

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

**PEDRO LUIZ SILVA
(VITIMA)**

Pedro Luis da silva

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: **384864-7**



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, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200114316 **Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA**
Data do Acidente: 16/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO LUIZ DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **PEDRO LUIZ DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000055162-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 681.959.294-87 4 - Nome completo da vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

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

5 - Nome completo:	PEDRO LUIZ DA SILVA		6 - CPF:	681.959.294-87
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
PE DREMO	5ta CATARINA DE SENA	11	ESSES	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	56.900-000
COHAB	SIERRA ALTA IIADA		16 - Tel. (DDD):	97 99998-1412
15 - E-mail:				

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 0914 B CONTA: 55162 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim
 Não Vivos: Falecidos: Não Não Vivos: Falecidos: Não Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SIERRA ALTA IIADA - PE 32/03/2020

xPedro Luiz da Silva George Cordeiro Melo Bessa
 41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200114316 **Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA**

Data do Acidente: 16/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO LUIZ DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **PEDRO LUIZ DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **000005162-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

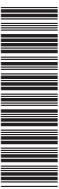
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



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, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200114316

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO LUIZ DA SILVA

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



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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200114316

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO LUIZ DA SILVA

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000055162-8

Nr. da Autenticação 50BC96B85DDE3B4B

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000055162-8

Nr. da Autenticação AA65C996DBF3C84D

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090604/20

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF: 681.957.294-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: PEDRO LUIZ DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

PEDRO LUIZ DA SILVA : 681.957.294-87

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: 12/03/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090604/20

Número do Sinistro: 3200114316

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 16/12/2019

CPF: 681.957.294-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO LUIZ DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/04/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES