
Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158335

Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO SILVA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158335

Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO SILVA DE SOUZA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: ADRIANO SILVA DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004758

Conta: 000005965-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158335

Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO SILVA DE SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **713.532.144-86** 4 - Nome completo da vítima: **ADRIANO SILVA DE SOUZA**

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

5 - Nome completo: **ADRIANO SILVA DE SOUZA** 6 - CPF: **713.532.144-86**

7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **AV. PADRE LUIZINHA** 9 - Número: **27** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55192-000**

15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: **819.9161-3907**

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:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$0,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4758** CONTA: **5965** 4

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, uma vez eu li e entendi o conteúdo e concordo, desde já e somente após a elevação 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 do 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 expensas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grávida/Puerperante com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 redução ou rescisão do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 07/04/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Adriano Silva de Souza**

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - DP128CIRC
DINTER1174DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0218000949**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/03/2020** às **16:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/1/2020** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PRÓXIMO A PONTE QUE ESTA INTERDITADA, CENTRO - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CARRAPETA (AUTOR VAGANTE)
JOSEFA VILMA DA SILVA (OUTRO)
ADRIANO SILVA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a) Sr(a): **CARRAPETA**

Qualificação do(s) possua(s) envolvido(s):

ADRIANO SILVA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GENILDA MARIA DA SILVA Pai: SEVERINO BARBOSA DE SOUZA Data de Nascimento: 8/6/1989 Nacionalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10365570/SDS/PE (RG): 71353214486 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: 991671237

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA PADRE ZUZINHA, 27, CENTRO - CEP: 55000-000 -**

Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PÚBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CARRAPETA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSEFA VILMA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEFA VILMA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARRAPETA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN ESDI** Cor/ano: **VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Placa: **QF56826 (PARAIBA/BARRA DO SANTANA) Renavam: 110582654 Chassi: 9C2KC22U0HR014066**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017 Combustível: GASOLINA**

Complemento / Observação:

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 26 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 20:00 HORAS, SE DIRIGIA PARA A SUA RESIDENCIA COMO PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, PILOTADA PELO SEU CONHECIDO "CARRAPETA", QUANDO SE DESEQUILIBRARAM E CAIRAM DA MOTO, MOMENTO EM QUE ELE VITIMA SENTIU UMA DOR MUITO GRANDE NO SEU PÉ DIREITO, MESMO ASSIM, ELE FOI SOCORRIDO PARA A SUA RESIDENCIA POR POPULARES E QUE SOMENTE NO DIA 27 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 15:40 HORAS DEU ENTRADA NA UPA DESTA CIDADE, ONDE FICOU CONSTATADO QUE TINHA FRATURADO O PÉ DIREITO NO ACIDENTE. DIANTE DOS FATOS EXPOSTOS, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Adriano Silva de Souza
ADRIANO SILVA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Almir Pereira Barbosa* - Matrícula: 3848779



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: **713.532.144-86** 4 - Nome completo da vítima: **ADRIANO SILVA DE SOUZA**

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

5 - Nome completo: **ADRIANO SILVA DE SOUZA** 6 - CPF: **713.532.144-86**

7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **AV. PADRE LUIZINHA** 9 - Número: **27** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55192-000**

15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: **819.9161-3907**

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:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$0,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Ass. qualquer opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4758** CONTA: **5965** 4

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, uma vez eu li e entendi o conteúdo e concordo, desde já e somente após a elevação 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 do 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 expensas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grávida/Puerperante com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 redução ou rescisão do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

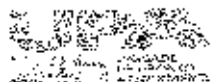
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 07/04/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.156.515/0001-25 CNES: 7764460 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0310704 27/01/2020 15:41:32

Código: 0312652

Paciente: ADRIANO SILVA DE SOUZA

SUS: 160255907620003

Sexo: MASC

D. Naso: 08/06/1989

Idade: 31 ANOS

RG:

CPF:

Profissão:

Filiação: Mãe: GENÍ DA MARIA DA SILVA

Pai: SEVERINO BARBOSA DE SOUZA

Endereço: NAO SABE

Bairro: NAO SABE

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial:

120 x 80

Pulso:

70

Temperatura:

Peso:

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

RECIBO DE PAGAMENTO
Nº 00000000000000000000
DATA: 27/01/2020
VALOR: R\$ 10,00

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data:

/ /

Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

16:38

SENHA 5869904
RegionalDr. Cleyton
Medicina - CRM 25137

27 JAN 2020

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 15:40

Doenças preexistentes: Não

Alergias: Não

Uso de medicações: Não

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50>140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmHg (); PAD >130mmHg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com GCS entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >180mmHg (); PAD >130 (); Febre >38°C (); Febre com iminodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 3º graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); História até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante com material biológico ();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda da consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, queixas (); Dor abdominal sem alterações de ESW (); PAS entre 100 e 180 mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130 mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();
OBS: Queixa de dor de garganta e febre

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >8h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();
OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE () AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Sílvia Teresa de Lima
Enfermeira
COREN-PA 189.784

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

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: 13/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO SILVA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000005965-4

Nr. da Autenticação C9EB643276E154EC

PAPOS DO CLIENTE

ISSUE: PACIFIC FISHING METHOD INC.

CPF 096 835 34-97/NIR 1632900/341

உலகமெங்கும்

51 N. SUNDEN
HUNTERDON COUNTY
MORRIS, N.J.

.....

00762220 UN 752019

44-38861-1000

2012-2013	2012-2013	2012-2013
-----------	-----------	-----------

ENTREVISTA DA EQUIPE CONSUMIDORA
- A VÍDEO LIZINHA 37.

CENTRO SANTIAGO CRISTO COMBARBEBE
SANTIAGO CRISTO COMBARBEBE PE
7-7541-100

7011143258 12/2019

18/10/2019 08/01/2020

152 卷

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Tensões, 40mm, 3315mm	90,0000000	9,2525590	7,52
Condutores Alw., 33mm, 40mm, 100mm	75,0000000	0,4314336	32,58
Condutores Alw., 33mm, 40mm, 100mm	100,0000000	0,4487146	44,87
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			0,28
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			5,54
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			19,74
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			16,74
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			1,53
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			2,00
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			0,36
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			1,39
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			0,06
Arro. Perf. 1/2" x 1/2" x 1/2" x 1/2"			0,04

TE'AL LAZATUKA

PROPO	PRODA	ANTENOR	LESTORA	PRODA	LESTORA	PRODA	CONSTANTE	ALURTE	COMBINO (MM)
PROPO	PRODA	ANTENOR	LESTORA	PRODA	LESTORA	PRODA	CONSTANTE	ALURTE	COMBINO (MM)

FRAME	TIME	LENGTH
001	00:00	00:01
002	00:01	00:01
003	00:02	00:01
004	00:03	00:01
005	00:04	00:01
006	00:05	00:01
007	00:06	00:01
008	00:07	00:01
009	00:08	00:01
010	00:09	00:01

1. *Declaro que soy el propietario de la propiedad que se describe en el presente documento, o que tengo el poder suficiente para venderla, o que soy el representante legal de la persona que posee la propiedad.*

[illegible]

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421

Conta Pública | Tarifa | Conta de Energia Elétrica

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 131, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.925.352/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0605548-92



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 12.408, de 28/04/02
COMERCIAL 110 (PRONTIDÃO 338)
Atendimento ao cliente audiotivo ou de fax: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 222 5555
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 3167-
Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES	DATA DE VENCIMENTO 14/04/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/04/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 06/04/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 103179059	CONTA CONTRATO 7008475460 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3 -CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -55192-305 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31		

PERÍODO CONSUMO 05/03/2020 a 06/04/2020	CONSUMO 36
---	----------------------

ICMS BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 7,17

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7008475460	MÊS/ANO 04/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	VENCIMENTO 14/04/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838300000004 293100110072 008475460109 144919190039				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ADRIANO SILVA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.532.144 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura INVAJIDEZ da Vítima ADRIANO SILVA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.532.144 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

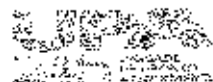
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA		Número	03	Complemento	CASA
Bairro	Cidade	Estado		CEP		
CENTRO	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	PE		55192-305		
Fone		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)		
		(51) 9.9161-3907		(51) 9.9700-1998		

STA CRUZ 27 de ABRIL de 2020.
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**UPA JOSÉ VIEIRA FILHO**RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.156.515/0001-25 CNES: 7764460 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000**Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente**

Número do Atendimento: 0310704 27/01/2020 15:41:32

Código: 0312652

Paciente: ADRIANO SILVA DE SOUZA

SUS: 160255907620003

Sexo: MASC

D. Nasco: 08/06/1989

Idade: 31 ANOS

RG:

CPF:

Profissão:

Filiação: Mãe: GENÍ DA MARIA DA SILVA

Pai: SEVERINO BARBOSA DE SOUZA

Endereço: NAO SABE

Bairro: NAO SABE

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial:

120 x 80

Pulso:

70

Temperatura:

Peso:

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

RECIBO DE ATENDIMENTO
Nº 0310704
DATA 27/01/2020
HORA 15:41:32

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data:

/ /

Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

16:38

SENHA 5869904
Regional

Dr. Cleyton Siqueira
Medicina - CRM 25737

27 JAN 2020

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 15:40

Doenças preexistentes: Não

Alergias: Não

Uso de medicações: Não

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32/vol (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmHg (); PAD >130mmHg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com GCS entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >180mmHg (); PAD >130 (); Febre >38°C (); Febre com iminodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 3º graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); História até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante com material biológico ();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda da consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, queixas (); Dor abdominal sem alterações de ESW (); PAS entre 100 e 180 mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130 mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();
OBS: Queixa de dor de garganta e febre

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >8h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();
OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE () AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Sílvia Teresa de Lima
Enfermeira
COREN 189 784

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO




DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ADRIANO SILVA DE SOUZA** nascido em 08/06/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 27/01/2020 por volta das 15h41min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 13 de MARÇO de 2020.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.514591



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Aglauro Silva de Souza - Sr. Aglauro

Prescrição

2^o Suplemento vitamínico A, B, C, D, E, K, P, B₁₂,
contendo 100% da dose diária recomendada.
para manter o organismo saudável e equilibrado.
de acordo com a prescrição médica.
de acordo com a prescrição médica.

Prescrição de vacinas e soro para as
vacinas seguintes:

2^o 4x - vacina soro anti-tetânico
por 10 dias.

Prescrição de vacinas: BCG, Soro anti-tetânico,
Soro anti-difteria, Soro anti-coleira,
H0-A - 5857704 às 14:36

Data: 22/01/2020

Nome: _____

dicamentos: _____

Data: ____/____/____

RECIBO

Cópia Autorizada

NOME: *Adriano Silva de Souza*

REGISTRO: *129304*

DATA DA CIRURGIA: 30/01/2020

ALTA: *03/02/2020*

DIAGNÓSTICO: *Tumor do ducto B (MM)*

TRATAMENTO: *LHI*

DATA RETORNO:

1ª REVISÃO: 29/02 AS 7HS

2ª REVISÃO

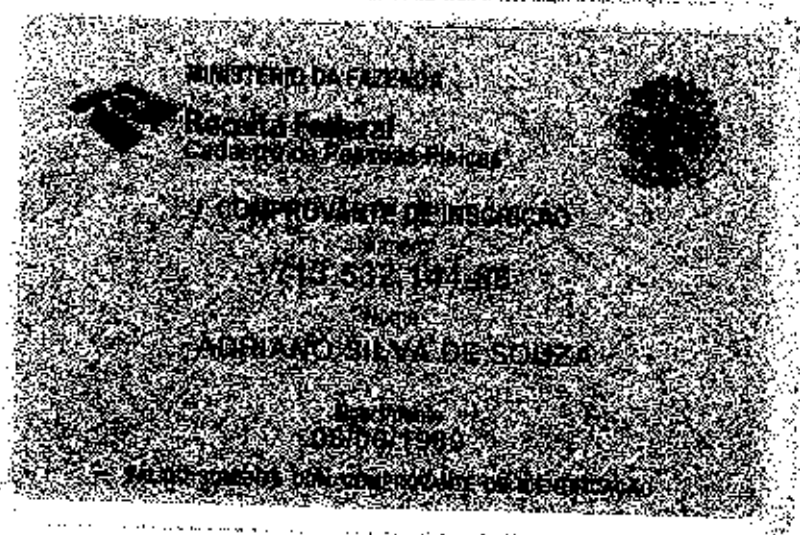
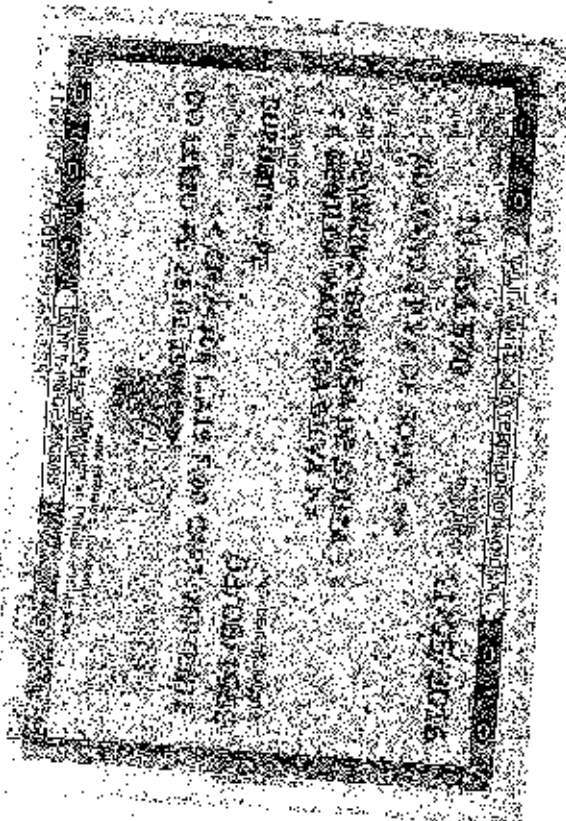
3ª REVISÃO

4ª REVISÃO


Obs:







VALIDAÇÃO NACIONAL
 1421884961



MARIA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

REGISTRO NACIONAL DO IMÓVEL (RNI) / UF

210385-552-55

CPF: 945.234.445-04 DATA NASCIMENTO: 28/07/1974

FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MOURA

LEONARTE FERNANDA DE MOURA

RESIDÊNCIA: 12

DATA VALIDAÇÃO: 17/06/2002

Maria Maria Moura de A. Fernandes

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: SOROCABA - SP

DATA EMISSÃO: 10/04/2017

33885755000

94578595273

PERNAMBUCO

REGISTRO NACIONAL DO IMÓVEL
 1421884961



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RÓUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data : 10/03/2020

Pág.: 1

Relatório de Veículo

PLACA : QFS6826 UF : PB RENAVAL : 1105828546 CHASSI : 9C2KC2200HR014066

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA

MARCA/MODELO : HONDA/CG 160 FAN ESDI

ESPECIE :

COR : VERMELHA

ANO FAB./MODELO : 2016/2017

COMBUSTÍVEL : ALCO/GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC : 49737511468

PROPRIETÁRIO : JOSEFA VILMA DA SILVA

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : RUA JOAO ENEAS BARRETO SN

MUNICÍPIO : BARRA DE SANTANA

COMPLEMENTO :

CEP : 53458000

BAIRRO :

UF : PB

Debitos :

Label_Ipva

Label_Valor_Ipva

Label_Licenciamento

Label_Valor_Licenciamento

Label_Multa

Label_Valor_Multas

Restrições Gerais :

Restricoes

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123251/20

Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA

CPF: 713.532.144-86

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: ADRIANO SILVA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADRIANO SILVA DE SOUZA : 713.532.144-86

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: 27/04/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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: 3200158335 Data da solicitação: 20/05/2020
Nome do beneficiário: Adriano Silva de Souza CPF do beneficiário: 713.532.144-86
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 86

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9464-3907 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
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

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

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Doc. Imagem (DESCREVER) _____

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

Santa Cruz, 20 de Maio de 2020.

Local e Data

Adriano Silva de Souza

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158335 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 4

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158335 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA PÁGINA 1/2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ADRIANO SILVA DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10365570-SDS/PE CPF: 713.532.144-86
DATA DO ACIDENTE: 27/01/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
ENDEREÇO: AV. PADRE ZUZINHA, 27, CENTRO, SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE – PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE
FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, Nº 03,
CENTRO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE – PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO,
NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E
OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO OS PODERES
ÁRA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM (PE), 19 DE MARÇO DE 2020.



Adriano Silva de Souza

Assinatura do outorgante

Reconhecer firma por autenticidade

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS
Titular: JOSÉ QUINTINO DE LIMA - Superintendente: JOSÉ QUINTINO DE LIMA FILHO / SEVERTON FELIX DA SILVA
Rua Luiz Cavalcanti de Albuquerque, 317 - Vila de São Domingos - Brejo da Madre de Deus/PE - Fone: (81) 3251-2599

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
ADRIANO SILVA DE SOUZA

sele: 0076026.ZF30329/002.00087

do: 16. SÃO DOMINGOS - 01/03/2020 10:41:25



José Quintino de Lima Filho
José Quintino de Lima Filho
Téc. R\$0,32 Fern R\$0,04 Funç. R\$0,08 Tot R\$0,44 Oper. QUINTINO
Carimbo Autenticidade em: www.tpo.jus.br/validar

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123251/20

Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA

CPF: 713.532.144-86

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: ADRIANO SILVA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADRIANO SILVA DE SOUZA : 713.532.144-86

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: 27/04/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123251/20

Número do Sinistro: 3200158335

Vítima: ADRIANO SILVA DE SOUZA

CPF: 713.532.144-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: ADRIANO SILVA DE SOUZA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/05/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA