



Número: **0030117-39.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANO SILVA DE SOUZA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66745981	21/08/2020 16:05	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 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

Carta nº 15727027





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 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





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, 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

Pag. 01173/01174 - carta_09 - INVALIDEZ

00040587



Carta nº 15808311





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **713.532.144-86** **ADRIANO SILVA DE SOUZA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE 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: **REC. SUP** 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: **8119.9161-3907**

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$3.000 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$2.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **4758** CONTA: **5965** 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 tenho direito, reconhecendo e ciente, 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, considerando, 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 ocorrentes do 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 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 ou lactando com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a nulidade de rescisão do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração de artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a ruego):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a ruego):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a ruego):

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**

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - DP128CIRC
DINTER/117ª DESEC

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, PROXIMO A PONTE QUE ESTA INTERDITADA, CENTRO - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CARRAPETA (AUTOR AGENTE L)
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 da(s) pessoa(s) envolvida(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 PUBLICA - 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(a) 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/Identificação: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **QF56826 (PARAIBA/BARRA DO SANTANA)** Renavam: **110582654** Chassi: **9C2KC2200HR014066**
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 DESOQUELIARAM 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Telefone:

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$3.000 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

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

AGÊNCIA: 4758 CONTA: 5965 4

Informar o dígito se existir

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e ciente, desde já e somente após a elevação do crédito, que não 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, considerando, 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 ocorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no 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 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 - Grande Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou assinatura (ou reser)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a ruego)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a ruego)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a ruego)

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

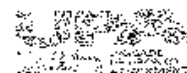
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



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: 11.166.515/0001-25 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: 08/08/1989 Idade: 31 ANOS
RG: CPF:
Profissão:
Filiação: Mãe: GENIL DA MARIA DA SILVA
Pai: SEVERINO BARBOSA DE SOUZA
Endereço: NAO SABE Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Bairro: NAO SABE Fone:
Estado: PERNAMBUCO CEP:

Pressão Arterial: 170 x 100 Pulso: 79
Temperatura: Peso:

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

16:38

SENHA 5869904
Regional

Dr. Cleo Sampaio R.
Médico - CRM 25.27
27 JAN 2020



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Nome: 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 imunodepressão () ; 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 d/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 fratura, queixa () ; Dor abdominal sem alterações de SSV () ; ID: PAS entre 100 e 180 mmHg sem sintomas () ; PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas () ; Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia () ;

OBS: Exatidão de dados e exames realizados

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 >6h () ; Curativos ou retirada de pontos () ; Vômitos ou diarreia sem desidratação () ; Constipação Intestinal sem outros sintomas () ; Administração de medicamentos () ; Solicitação de testes, exames ou receitas não urgentes () ;

OBS: _____

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

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Sílvia Teresa de Lima
Enfermeira
COREN-PA 149.784

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



DADOS DO CLIENTE

EMPRESA DA CANTARELA CRISEIANTHOS
AV. DE J. J. J. 37

1945-1946 FARMING PERIOD INC.

CESTRUS S. A. CRUZ DO LOP BARBE
SANTA CRUZ DO LOP BARBE PE
1510 - 111

21.05.91/21.05.91

51 NÂNDENÇA
HUMA RENDA COM NYS
NORRISSE

007622720	YFCA	2019
11/12/2015	2012-Rend	3421360

7011143258 12/2019
18/01/2019 08/01/2020
152.93

	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Consumo Alim. de 331MWh	0.00000000	0.52359593	7.58
Consumo Alim. de 331MWh	0.00000000	0.47114300	36.52
Consumo Alim. de 331MWh	0.00000000	0.47871466	0.02
Consumo Alim. de 331MWh			0.02
Consumo Alim. de 331MWh			5.54
Consumo Alim. de 331MWh			19.74
Consumo Alim. de 331MWh			16.74
Consumo Alim. de 331MWh			1.53
Consumo Alim. de 331MWh			2.27
Consumo Alim. de 331MWh			2.00
Consumo Alim. de 331MWh			0.26
Consumo Alim. de 331MWh			1.19
Consumo Alim. de 331MWh			0.06
Consumo Alim. de 331MWh			0.84

TOYAL LASHATUKA

[illegible][illegible][illegible]

ITEM	QUANTITY	UNIT PRICE	TOTAL PRICE	TAXES	TOTAL PRICE	
					NET	GROSS
1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	
2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	
3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	
4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	
5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	
6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	
7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	
8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	
9.000	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000	
10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421

NOTA FISCAL | Fatura | Conta de Energia Elétrica

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.928.332/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 06.55548-92



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 110 / PRONTIDÃO 110
Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 231 0142
Ouvidoria 0800 232 5535
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0157
Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Grátis de telefones fixos e telefonia
na código 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

CONTA CONTRATO
7008475460

ENDEREÇO
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3
-CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPITABRIBE
-55192-305 SANTA CRUZ DO
CAPITABRIBE PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 29,31

DATA DA APRESENTAÇÃO
06/04/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
103179059

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/8IBIBLIOTECABEB/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 de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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 INVALIDEZ 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	Número		Complemento
<u>RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA</u>	<u>03</u>		<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</u>	<u>PE</u>	<u>55192-305</u>
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(81) 9.9161-3907</u>	<u>(81) 9.9700-1998</u>	

SANTA CRUZ 27 de ABRIL de 2020.

Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes

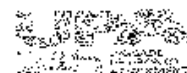
Assinatura do Declarante

CLDR.L001 9001/2017





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: 11.166.515/0001-25 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: 08/08/1989 Idade: 31 ANOS
RG: CPF:
Profissão:
Filiação: Mãe: GENIL DA MARIA DA SILVA
Pai: SEVERINO BARBOSA DE SOUZA
Endereço: NAO SABE Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Bairro: NAO SABE Fone:
Estado: PERNAMBUCO CEP:

Pressão Arterial: 170 x 100 Pulso: 79
Temperatura: Peso:

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

16:38

SENHA 5869904
Regional

Dr. Cleo Sampaio R.
Médico - CRM 25.27
27 JAN 2020



FICHA DE ATENDIMENTO

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

Doenças preexistentes: Nup

Alergias: Nup

Uso de medicações: Nup

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 imunodepressão (); 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 d/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 fratura, queixa (); Dor abdominal sem alterações de SSV (ID: PAS entre 100 e 120 mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS:

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 >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação Intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de testes, exames ou receitas não urgentes ();

OBS:

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

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Sílvia Teresa de Lima
Enfermeira
COREN-PA 149.784

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

Rodovia PE 159, S/N - Curral Ficado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Aglaudo Silva de Souza - 30 anos

Prescrição

Até supracitado, paciente já passou
exame de urina em laboratório @
com exame normal, motivo pelo qual
se dá baixa médica sem necessidade
de mais exames de urina.

Assino o presente e coloco as duas
vias em mãos.

Dr. Alexandre Matos, médico
em Registo @.

Elaboração de prescrição: Alexandre, M.D.
Dr. Alexandre Matos, médico
40-A - 585990-1 às 10:30

Data: 22/01/2020

Nome: _____

dicamentos: _____

Data: ____/____/____

MÉDICO

Cópia Autorizada





NOME: *WILSON SILVA DE SOUZA*

REGISTRO: *129904*

DATA DA CIRURGIA: 30/01/2020

ALTA: *03/02/2020*

DIAGNÓSTICO: *Lesão do tendão (LMM)*

TRATAMENTO: *LAT*

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: *29/02* AS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

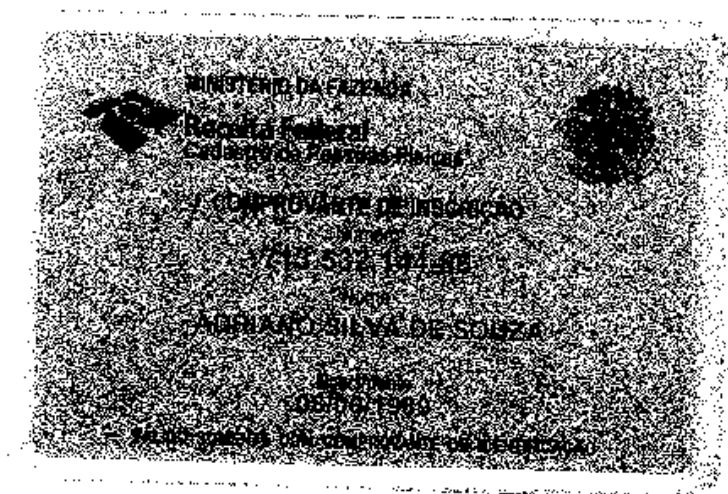
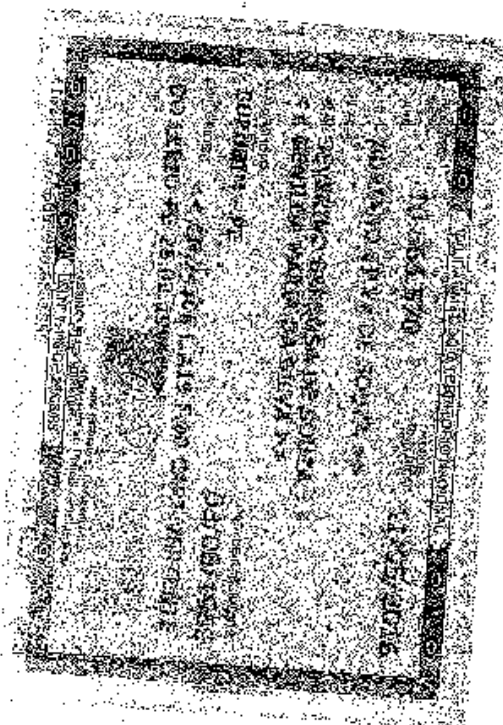
Obs:

[Handwritten signature]









VAL. EMISSÃO: 1421884961
 Q. EMISSÃO: 1421884961
 VAL. EMISSÃO: 1421884961
 Q. EMISSÃO: 1421884961

ADRIANA MARIA MOORE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
 CPF: 343.234.444-04
 DATA NASCIMENTO: 26/07/1974
 FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MOORE
 ISMAELTE FERRIRA DE MOORE
 DATA EMISSÃO: 17/06/2002
 DATA RECEBIMENTO: 10/04/2017
 VALOR: 53266755400
 VALOR: 64072665273
 PERNAMBUCO





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

Data : 21/08/2020
Página : 1

Relatório de Veículo

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

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA	MARCA/MODELO : HONDA/CG 160 FAN ESDI
ESPECIF :	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 : 58458000
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

ADRIANA 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: 3200159335 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) 9.4161-3907 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 rgo)

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, e seu pedido (a rgo).



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.

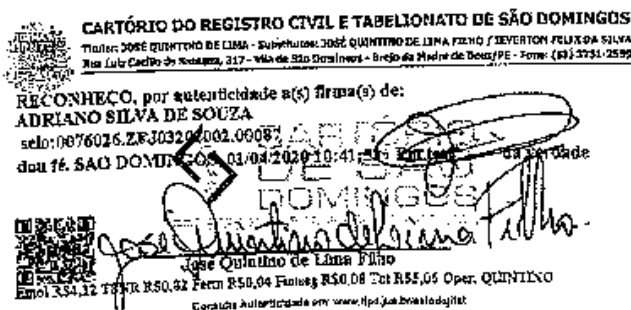


SURUBIM (PE), 19 DE MARÇO DE 2020.

Adriano Silva de Souza

Assinatura do outorgante

Reconhecer firma por autenticidade



Digitalizado com CamScanner



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

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 26/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANO SILVA DE SOUZA

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

