

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 510063 Prontuário: 338804

Nome: JOAO BOSCO DA SILVA
 Data Nasc.: 17/03/1983 Idade: 36 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 707606276189290
 Endereço: SÍTIO GRAVATASU Nº: 0
 Bairro: Z RURAL Cidade: CUIRÁ Estado: PE
 CEP: 55460970 Fone: 82896585 Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: DOR NOS MEMBROS SUPERIORES
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 18/05/2019 23:05 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente com dor súbita em ambos os membros superiores há 05 horas. Dor na região do ombro. Não houve trauma. Dor + ansiedade em ambos os membros superiores.

Exame Físico: Ombros, antebraços e mãos, membros superiores e inferiores em ambos os membros superiores. PA: FC: FR:
 Rx: 1/2 e 1/3 não há alteração

Diag. Provisório: Rx focos em 1/3 não há alteração
 Cx: 1/2 e 1/3 não há alteração
 AP compressão + 2 cm

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 22 OUT 2019
 Prescrição:
 Data: **PROTOCOLO**
 AGÊNCIA RECIFE

Dr. Felipe Augusto P. de Castro
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 25263 / CRM-BA 30912

Dieta: 19 MAIO 2019 Horário

CD: 1/2 e 1/3 não há alteração
 Cx: 1/2 e 1/3 não há alteração
 AP compressão + 2 cm

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 12 SET 2019
 Data: **PROTOCOLO**
 AGÊNCIA RECIFE

Dr. Felipe Augusto P. de Castro
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 25263 / CRM-BA 30912

19 MAIO 2019

~~TRA~~

[illegible]☐ Paciente ☐ Familiar

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Assinatura

Destino do Paciente

() Transferència: _____ () Internament _____

() Curado (x) Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 19/1/2019 Hora: Médico: Grupos e 1234567890 CRM: CRM:BA 30017

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JOAO BOSCO DA SILVA

Atendimento: 01238725

Nome Social:

Data Nascimento: 17/03/1983 Idade: 36 Anos, 2 Meses e 1 Dia

Prontuário: 00479748

Sexo: Masculino

História Atual:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 4 HORAS, ESTAVA DE CAPACETE, SEM RELATO DE PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS.

Exame Fisico:

CRPITAÇÃO EM REGIAO DE CLAVICULA ESQUERDA
GLASGOW 15

Exames Complementares/Resultados:

RX EVIDENCIA FRATURA CLAVICULA E

Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA CLAVICULA E

Conduta:

ANALGESIA

SENHA: 5686896

COM ACOMPANHAMENTO MEDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Data: 18 DE MAIO DE 2019

Hora: 12:40

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 OUT 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): MARIA MIRELLY COSTA
CRM - 21809

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

12 SET 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

**CUPIRA**

Obs 24h

Comunidade de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO: 138638 IDADE: 35 ano(s) 2 mês(es) 1 dia(s).

NOME: JOAO BOSCO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1983

SEXO: M

MÃE: MARIA DE FATIMA DA SILVA

CIDADE: CUIRA

ENDEREÇO: VILA GRAVATA-AÇU

Nº

BAIRRO:

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO (A)

DOCUMENTO: 7046062,7698 9290.

PROFISSÃO:

TÉCNICO:

ENFERMEIRO:

MÉDICO:

ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA:	ATENDIMENTO Nº	MOTIVO
18/05/2019	138638	CONSULTA
19/06/2018	106118	CONSULTA

**INFORMAÇÕES**

HORÁRIO	PA	TEMPERATURA	PULSO	PESO	HGT	ASSINATURA
---------	----	-------------	-------	------	-----	------------

Queixas / Diagnóstico

Acidente de Moto.

Tratamento

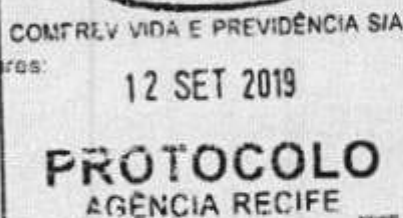
PCSF 0,9% 500 cc

assacia

1 sup. de pectora 100mg IM,
 1 sup. de pectora 100mg IM,
 1 sup. de clofenaco.

19:20

Exames Complementares:



Impressão diagnóstica

Fx de Clavícula.

Outras Informações

Motivo da Saída: () Residência () Internado () Encaminhado

() Curativo () Nebulização () Med Básico () Med Espec () Retirada de Ponto

() Urgência Básica () Urgência Especializada () Observação Básica () Observação Especializada

Assinatura do Técnico

Edvan Rodrigues M Silva
 Coren: 1158309 PE TE

Assinatura do Médico

Dr. Alexandre da S. F. Silva
 Médico
 CRP 19736

18/05/2019 18:34:01



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) João Bosco da Silva RG:6.997.130 SDS-PE*

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia , 18/05/2019 a 19/05/2019

Registro: 338804

Diagnostico: Fratura Fechada de 1/3 Médio da Clavícula Esquerda.

Tratamento : Tipoia + Ambulatório par Acompanhamento.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID:S42.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 01 de Julho de 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

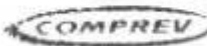
setor de arquivo (SAME)

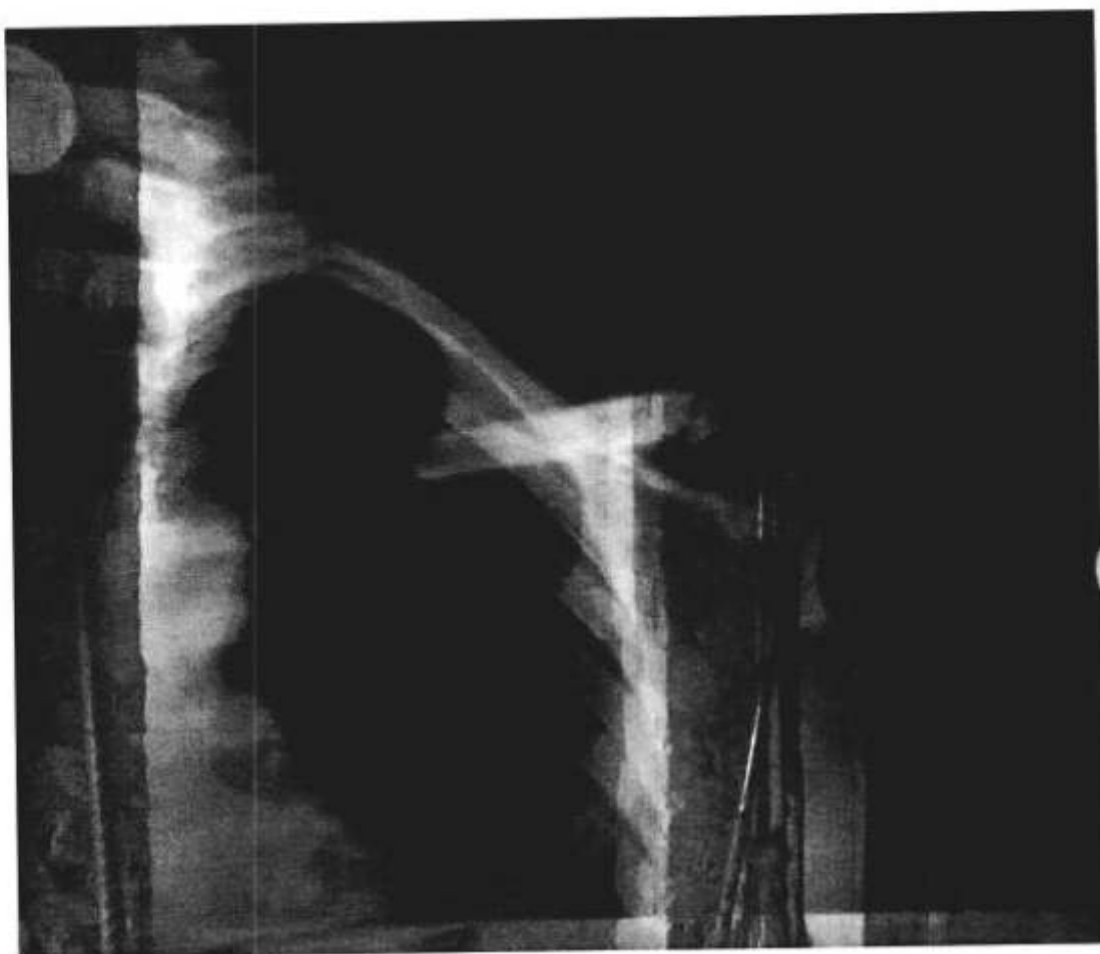


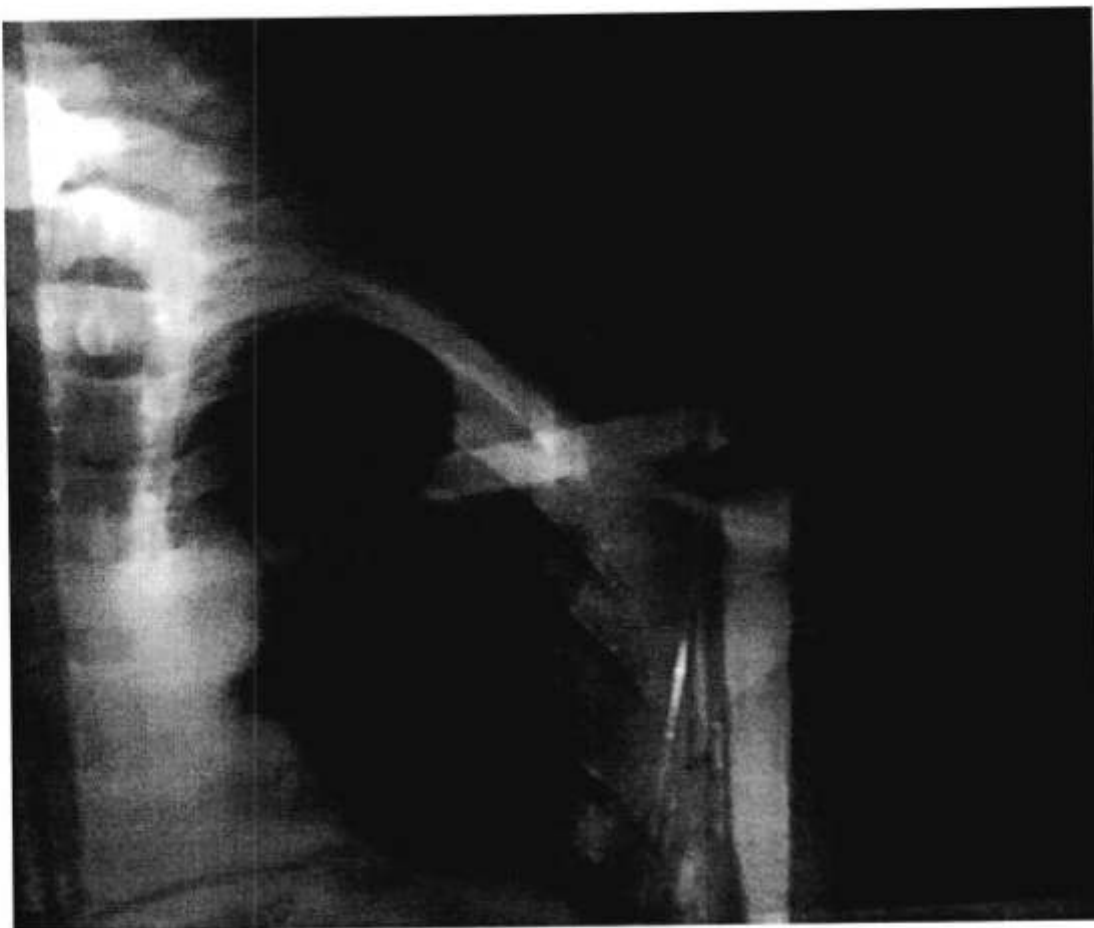
Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)




COMFREL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
22 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE









Ao Sr. Analista

VITIMA:JOAO BOSCO DA SILVA

Sinistro: /CPF:052.240.134-10

PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram no meu processo .
venho **REQUERER** reanálise de JOAO BOSCO DA SILVA, CPF: 052.240. 134-10
referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT de invalidez . tendo em vista
está apresentando EXAMES DE IMAGENS .. Logo aguardo uma solução ao pedido
acima transcrito.

Atenciosamente,

VÍTIMA: JOAO BOSCO DA SILVA
CPF: 052.240.134-10



Proprietário do veículo

RECIBO DE PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÃO DE PESSOAS FÍSICAS

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES RUPE

02/01/2019

LENILSON LUIS DA SILVA

3676622

COMPREV
COMPROV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
22 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
642.385.394-00

Nome
LENILSON LUIS DA SILVA

Nascimento
08/01/1968

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÃO DE PESSOAS FÍSICAS

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES RUPE

02/01/2019

LENILSON LUIS DA SILVA

3676622

COMPREV
COMPROV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
12 SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CÓDIGO DE CONTROLE
SBA1.15DF.29A4.8C87

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 10:50:15 do dia 02/03/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597693 **Cidade:** Cupira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BOSCO DA SILVA **Data do acidente:** 18/05/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. 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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317407/19

Vítima: JOAO BOSCO DA SILVA

CPF: 052.240.134-10

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 18/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BOSCO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO BOSCO DA SILVA : 052.240.134-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: JOAO BOSCO DA SILVA
CPF: 052.240.134-10

JOAO BOSCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368403/19

Vítima: JOAO BOSCO DA SILVA

CPF: 052.240.134-10

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 18/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BOSCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO BOSCO DA SILVA : 052.240.134-10

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: 22/10/2019
Nome: JOAO BOSCO DA SILVA
CPF: 052.240.134-10

JOAO BOSCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

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: 052.240.934-10 4 - Nome completo da vítima: João Bosco 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: João Bosco da Silva 6 - CPF: 052.240.934-10
7 - Profissão: Relousou-se 8 - Endereço: Rua Gravata Assu 9 - Número: 37 10 - Complemento:
11 - Bairro: Gravata Assu 12 - Cidade: Cupira 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55460-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 4052 9 CONTA: 22.853 7
(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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

COMPREV
Assinatura da testemunha REVIDÊNCIA S/A

07 NOV 2019

Assinatura da testemunha

PROTOCOLO
RECEIÇÃO RECIFE

40 - Local e Data, Cupira 07/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597693

Vítima: JOAO BOSCO DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO BOSCO 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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597693

Vítima: JOAO BOSCO DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOAO BOSCO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597693

Vítima: JOAO BOSCO DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO BOSCO 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: **JOAO BOSCO DA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000001052-9**

Conta: **0000022811-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052.240.134-10 Nome completo da vítima: João Boreo da Silva

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

Nome completo: João Boreo da Silva CPF: 052.240.134-10

Profissão: Religioso - Sr Endereço: Rua Gravata Assu Número: 37 Complemento: _____

Bairro: Gravata Assu Cidade: Cupira Estado: PE CEP: 55460-000

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 9258-3087

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0052 9 CONTA: 22.811 7

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

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

(Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado)

Local e Data, Cupira 26/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

12 SET 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª
CIRCUNSCRIÇÃO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2106000361**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2019** às
09:49

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **18/5/2019** no período da Tarde

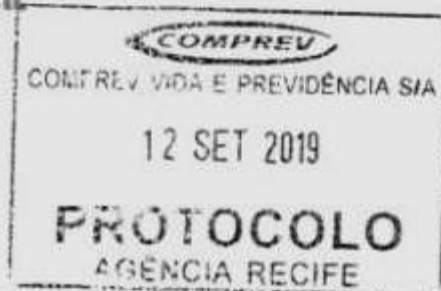
Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CUPIRA, 1, LADEIRA DE
FERNANDO, CAMINHO DO SÍTIO GRAVATAÇU, ZONA RURAL DE CUPIRA.
- Bairro: **SÃO JOÃO - CUPIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE)
LENILSON LUIS DA SILVA (OUTRO)
JOÃO BOSCO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **JOÃO BOSCO DA SILVA**



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

JOÃO BOSCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA DA SILVA** Pai: **JOÃO SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **17/3/1983**
Naturalidade: **CUPIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6887138/SSP/PE (RG)**,
85224813416 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- **8198288866**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CUPIRA, 1, SÍTIO GRAVATAÇU, ZONA RURAL, PERTO DA IGREJA CATOLICA DO SÍTIO GRAVATAÇU - CEP: 8 - Bairro: CONJUNTO NOVA CUPIRA - CUPIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LENILSON LUIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DULCE DE OLIVEIRA** Pai: **LUIZ ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/1/1968**
Naturalidade: **CUPIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3676622/SSP/PE (RG)**,
64238638400 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **FUNCIÓARIO PÚBLICO MUNICIPAL** Telefones Celulares:
- **81998363646**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CUPIRA, , RUA SEVERINO ZEFERINO DA SILVA,**

115, CAIXA D'ÁGUA, PERTO DO MERCADO PADRE CICERO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CUPIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

INEXISTENTE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LENILSON LUIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO BOSCO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESD** Objeto apreendido:

Não

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QYV8714** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100250610** Chassi:

9C2KC1620ERS15542

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

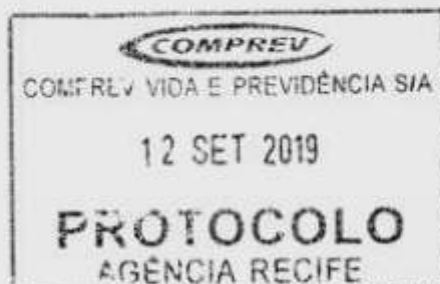
Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL NESTE HOSPITAL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA FAZENDO O CAMINHO ENTRE A ZONA RURAL PARA A CIDADE AMBOS NO MUNICÍPIO DE CUPIRA E EXISTE UMA DECLIVIDADE E POR LA A VÍTIMA ESTAVA CONDUZIDO QUANDO HAVIA DOIS OBSTACULOS, OU SEJA, DUAS PEDRAS ONDE A VÍTIMA AVISTOU JA MUITO PERTO E PASSOU SOBRE UMA DELAS E FOI AO SOLO NA QUEDA SENTIU DORES NO OMBRO ESQUERDO PORÉM CONSEGUI SE LEVANTA E TENTOU RETIRAR O VEICULO DA VIA NÃO CONSEGUINDO DEVIDO AS FORTES DORES E POUCOS MINUTOS SURTIU UM VEICULO COM PARENTES SEUS QUE ESTAVAM A CAMINHO DA IGREJA E AO RECONHECER A VÍTIMA FIZERAM O SOCORRO AO HOSPITAL DA CIDADE DE CUPIRA ONDE RECEBEU O DIAGNOSTICO DE FRATURA CLAVICULA ESQUERDA E LA RECEBEU A FICHA DE ATENDIMENTO 138638, E DE LA FOI TRANSFERIDO PARA UPA 24 HORAS NA CIDADE DE CARUARU E LA RECEBEU NOVA FICHA DE ATENDIMENTO DE NUMERO 61238725 E PROTUARIO 99479745 E AS DUAS FICHAS CONSTAR ACIDENTE DE MOTO. DAQUELA UNIDADE FOI NOVAMENTE TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE ONDE FICO NAS DEPENDENCIAS POR UM DIA E PARA TANTO APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DO SETOR DE ARQUIVO NO QUAL CONSTA O NUMERO DE REGISTRO OU PRONTUARIO 332804.

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

João Bosco da Silva
JOÃO BOSCO DA SILVA
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: *Ar* **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **321004-8**



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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª
CIRCUNSCRIÇÃO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2106000361**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2019** às
09:49

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **18/5/2019** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CUPIRA, 1, LADEIRA DE
FERNANDO, CAMINHO DO SÍTIO GRAVATAÇU, ZONA RURAL DE CUPIRA.**
- Bairro: **SAO JOAO - CUPIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE)
LENILSON LUIS DA SILVA (OUTRO)
JOÃO BOSCO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **JOÃO BOSCO DA SILVA**

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

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

**JOÃO BOSCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE
FATIMA DA SILVA Pai: JOÃO SEVERINO DA SILVA Data de Nascimento: 17/3/1983
Naturalidade: CUPIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6967138/SSP/PE (RG).
85224913419 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 8198289866**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CUPIRA, 1, SÍTIO GRAVATAÇU, ZONA RURAL,
PERTO DA IGREJA CATOLICA DO SÍTIO GRAVATAÇU - CEP: 0 - Bairro: CONJUNTO
NOVA CUPIRA - CUPIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LENILSON LUIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA DULCE DE OLIVEIRA Pai: LUIZ ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 8/1/1968
Naturalidade: CUPIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3676822/SSP/PE (RG).
84238638488 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO
MUNICIPAL Telefones Celulares:
- 81998363646**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CUPIRA, , RUA SEVERINO ZEFERINO DA SILVA,**

113, CAIXA D'AGUA, PERTO DO MERCADO PADRE CICERO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CUPIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LENILSON LUIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO BOSCO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido.

Não

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8714** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **180250613** Chassi: **9C2KC1628ER818543**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

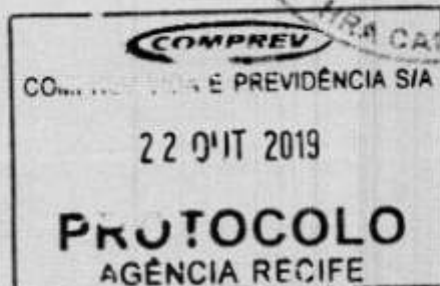
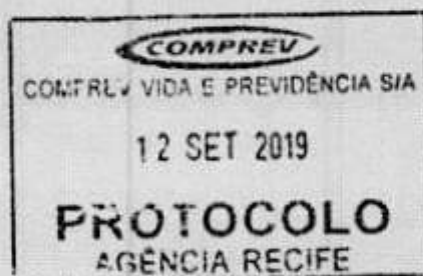
COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLICIA CIVIL NESTE HOSPITAL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA FAZENDO O CAMINHO ENTRE A ZONA RURAL PARA O A CIDADE AMBOS NO MUNICIPIO DE CUPIRA E EXISTE UMA DECLIVIDADE E POR LA A VÍTIMA ESTAVA CONDUZIDO QUANDO HAVIA DOIS OBSTACULOS, OU SEJA, DUAS PEDRAS ONDE A VÍTIMA AVISTOU JA MUITO PERTO E PASSOU SOBRE UMA DELAS E FOI AO SOLO NA QUEDA SENTIU DORES NO OMBRO ESQUERDO POREM CONSEGUI SE LEVANTA E TENTOU RETIRA O VEICULO DA VIA NÃO CONSEGUINDO DEVIDO AS FORTES DORES E POUCOS MINUTOS SURTIU UM VEICULO COM PARENTES SEUS QUE ESTAVAM A CAMINHO DA IGREJA E AO RECONHECER A VÍTIMA FIZERAM O SOCORRO AO HOSPITAL DA CIDADE DE CUPIRA ONDE RECEBEU O DIAGNOSTICO DE FRATURA CLAVICULA ESQUERDA E LA RECEBEU A FICHA DE ATENDIMENTO 138638, E DE LA FOI TRANSFERIDO PARA UPA 24 HORAS NA CIDADE DE CARUARU E LA RECEBEU NOVA FICHA DE ATENDIMENTO DE NUMERO 91238726 E PROTOUARIO 98479748 E AS DUAS FICHAS CONSTAR ACIDENTE DE MOTO. DAQUELA UNIDADE FOI NOVAMENTE TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE ONDE FICO NAS DEPENDENCIAS POR UM DIA E PARA TANTO APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DO SETOR DE ARQUIVO NO QUAL CONSTA O NUMERO DE REGISTRO OU PRONTUARIO 338864.

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

João Bosco da Silva

JOÃO BOSCO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **321084-6**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052.240.134-10 Nome completo da vítima: João Boreo da Silva

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

Nome completo: João Boreo da Silva CPF: 052.240.134-10

Profissão: Religioso - Sr Endereço: Rua Gravata Assu Número: 37 Complemento: _____

Bairro: Gravata Assu Cidade: Cupira Estado: PE CEP: 55460-000

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 9258-3087

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0052 9 CONTA: 22.811 7

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

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

(Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado)

Local e Data, Cupira 26/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

12 SET 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

052.240.134-10

João Bosco da Silva

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

Nome completo:

João Bosco da Silva

CPF:

052.240.134-10

Profissão:

Religioso - Sr

Endereço:

Rua Gravata Assu

Número:

37

Complemento:

Bairro:

Gravata Assu

Cidade:

Pupira

Estado:

PE

CPF:

55460-000

E-mail:

Tel (DDD):

(85) 9258-3087

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0052

9

CONTA:

22.811

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

Local e Data:

Pupira 26/07/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

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

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 510063 Prontuário: 338804

Nome: JOAO BOSCO DA SILVA
 Data Nasc.: 17/03/1983 Idade: 36 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 707606276189290
 Endereço: SÍTIO GRAVATASU Nº: 0
 Bairro: Z RURAL Cidade: CUIRÁ Estado: PE
 CEP: 55460970 Fone: 82896565 Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: DOR NOS MEMBROS SUPERIORES
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 18/05/2019 23:05 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente em dor no membro superior direito há 05 horas, relatando dor na articulação, dor intensa a compressão, dor + edema no membro superior.

Exame Físico: 66 anos, cateterizado, PA: FC: FR:
 dor + edema no membro superior.
 Rx: 1/4 e 1/3 não se movem mais.

Diag. Provisório: Rx focos na 1/3 não se movem mais.
 CD: 1/5 não se movem mais no membro superior.
 AP compressão + edema

Dr. Felipe V. P. de Carvalho
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 30912

Prescrição:

Data

Dieta:

19 MAIO 2019

Horário

CD: 1/5 não se movem mais no membro superior.
 AP compressão + edema

Tratamento compressão
 1/5 não se movem mais

Dr. Felipe V. P. de Carvalho
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 30912

19 MAIO 2019

COMPREV
 CONTR. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

12 SET 2019

[illegible]☐ Paciente ☐ Familiar

Data: / /

Assinatura

() Paciente () Familiar

Procedimento: _____

Assinatura

Destino do Paciente

() Transferência: _____ () Internamento _____

() Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito - Diego V. P. de Carvalho

Data: 19/01/14 Hora: Médico: Ortopedia e Traumatologia CRM:

CONF. RLV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

12 SET 2019

PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

Usuario do Atendimento
JOSERPGS

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 510063 Prontuário: 338804

Nome: JOAO BOSCO DA SILVA
 Data Nasc.: 17/03/1983 Idade: 36 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 707606276189290
 Endereço: SÍTIO GRAVATASU Nº: 0
 Bairro: Z RURAL Cidade: CUIRÁ Estado: PE
 CEP: 55460970 Fone: 82896585 Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: DOR NOS MEMBROS SUPERIORES
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 18/05/2019 23:05 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: Paciente com dor súbita em ambos os membros superiores há 05 horas. Dor na região do ombro. Não houve trauma. Dor + ansiedade + náusea.

Exame Físico: Ombros, antebraços e mãos, membros superiores e inferiores sem alterações. PA: FC: FR:
 Rx: 1/2 e 1/3 não se movem na articulação.

Diag. Provisório: Rx fratura de 1/3 proximal da clavícula com deslocamento e fragmentos deslocados.

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 22 OUT 2019
 Prescrição:
 Data: **PROTOCOLO**
 AGÊNCIA RECIFE

Dr. Felipe Augusto P. de Castro
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 25263 / CRM-BA 30912

Dieta: 19 MAIO 2019 Horário

CD. 1/3 fratura de 1/3 proximal da clavícula com deslocamento e fragmentos deslocados.

Tratamento conservador com tala e gesso.

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 12 SET 2019
 1 de 2 **PROTOCOLO**
 AGÊNCIA RECIFE

Dr. Felipe Augusto P. de Castro
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 25263 / CRM-BA 30912
 19 MAIO 2019

~~TRA~~

[illegible]☐ Paciente ☐ Familiar

Assinatura

() Paciente () Familiar

Assinature

Destino do Paciente

() Transferència: _____ () Internamento _____

Data: 19/1/2019 Hora: Médico: CRM: BA 30817

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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: 12/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BOSCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01052-9

CONTA: 000000022811-7

Nr. da Autenticação 10833583946A12BA



DADOS DO CLIENTE
LEILÃO REDES DE LULA

CPF: 073.525.914-25 NIS: 15463056006

CLASSIFICAÇÃO
B1 PRESENCIAL
SALA REDECOM N0

IPSA NOTAS FISCAL	DATA	VALOR
06/06/2019	UNICA	19/06/2019
APPROPRIAÇÃO	Nº DO CLASSIF	IPSA APROPRIAÇÃO
19/06/2019	2014114014	1013361

NOTA FISCAL
Concessionária Energética de
Av. João de Barros, 111, São Yôrô, Recife - PE 55050-000
CNPJ 15.535.832/0001-08 | Insc. Est. 005543-03 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA GRAVATA ASSU 37

GRAVATA ASSURAVATA ASSU
CURUPA PE
55460-000

DATA DE EMISSÃO	PERÍODO
7020084310	06/2019
28/08/2019	22/07/2019
TOTAL PAGO (R\$)	27,03

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Rede de 30 kWh	30,000000	R\$ 18,900000	5,67
Consumo Rede Superior a 30 até 100 kWh	55,000000	R\$ 11,724157	17,44
Atendimento Grátis a AMARELA			5,92
Correio Bul. Pólice Municipal			3,90
TOTAL DA FATURA			27,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
IPSA	Tipo de Função	Anterior	Atual	IPSA	Consumo	Anterior	Consumo (R\$)
19/06/2019	19/06/2019	20/06/2019	20/06/2019	20/06/2019	20/06/2019	20/06/2019	20/06/2019

HISTÓRICO DE CONSUMO		SINTESE DE CONSUMO		COMPARAÇÃO DE CONSUMO	
DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
20/06/2019	19,06	20/06/2019	19,06	20/06/2019	19,06
21/06/2019	19,06	21/06/2019	19,06	21/06/2019	19,06
22/06/2019	19,06	22/06/2019	19,06	22/06/2019	19,06
23/06/2019	19,06	23/06/2019	19,06	23/06/2019	19,06
24/06/2019	19,06	24/06/2019	19,06	24/06/2019	19,06
25/06/2019	19,06	25/06/2019	19,06	25/06/2019	19,06
26/06/2019	19,06	26/06/2019	19,06	26/06/2019	19,06
27/06/2019	19,06	27/06/2019	19,06	27/06/2019	19,06
28/06/2019	19,06	28/06/2019	19,06	28/06/2019	19,06
29/06/2019	19,06	29/06/2019	19,06	29/06/2019	19,06
30/06/2019	19,06	30/06/2019	19,06	30/06/2019	19,06

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Fornecemos energia elétrica para o cliente em conformidade com o contrato de fornecimento de energia elétrica assinado entre as partes. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas vigentes. O cliente deve avisar imediatamente a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) em caso de qualquer problema ou interrupção no fornecimento de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		TAXA DE INTERRUPÇÃO	
TIPO	VALOR	TIPO	VALOR
INTERRUPÇÃO	1,00	INTERRUPÇÃO	1,00
RECUPERAÇÃO	1,00	RECUPERAÇÃO	1,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		TAXA DE INTERRUPÇÃO	
TIPO	VALOR	TIPO	VALOR
INTERRUPÇÃO	1,00	INTERRUPÇÃO	1,00
RECUPERAÇÃO	1,00	RECUPERAÇÃO	1,00

Rua Gravata Assu, 37
Gravata Assu - Cupira/PE
55460-000

COMPREV
COM. RE. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
22 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DE VEICULO

Eu, Lenildo Luís da Silva, RG: 3676622, data de expedição 13/07/1987 SSP – PE e portador do CPF 642.385.394-00, com domicílio na cidade de Cupira, no Estado de Pernambuco, onde resido na Rua Severino Zeferino da Silva, nº 115, declaro, sob as penas da lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **João Bosco da Silva**, cujo o conduto era João Bosco da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG150 FAN ESDI

Ano: 2014

Placa: OYV8714

Chassi: 9C2KC1680ER515543

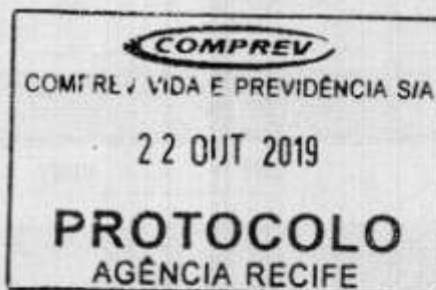
Data do Acidente: 18 de maio de 2019

Local e data do cartório: Cupira 12 de julho de 2019



Lenildo Luís da Silva

Assinatura do Declarante



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

