



Número: **0000014-65.2020.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **08/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEX JULIO BARBOSA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67472 199	03/09/2020 16:21	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190469927      Vítima: ALEX JULIO BARBOSA

Data do Acidente: 13/04/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALEX JULIO BARBOSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente notificado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

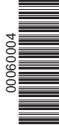
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00007/00008 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060004

Carta nº 14699033



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>  
Número do documento: 20090316214419300000066183147

Num. 67472199 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190469927 Vítima: ALEX JULIO BARBOSA

Data do Acidente: 13/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALEX JULIO BARBOSA**

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, contados 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 14700158



Pago 0144501446 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009031621441930000066183147>  
Número do documento: 2009031621441930000066183147

Núm. 67472199 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190469927 Vítima: ALEX JULIO BARBOSA

**Data do Acidente: 13/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALEX JULIO BARBOSA**

Informamos que o paga

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 dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ALEX JULIO BARBOSA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001060-X

Conta: 000010019042-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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

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:

Seguradora Eider-DFVA





## 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:	4 - Nome completo da vítima:
	128.056.774-04	ALEX JÚLIO BARBOSA

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:		
ALEX JÚLIO BARBOSA	128.056.774-04		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECUSO	RUA: RUA DE FÁTIMA MEDEIROS ROSA	105	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO	FLORES	PE	56.850.000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
TONINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM	81-9835-5523		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 1060 CONTA: 19.048  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

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

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

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

34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FLORES - PE 06/08/2019 08 AGO 2019

\* Alex Júlio Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2919

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRICAO - FLORES -  
 DP179ªCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19E0269000342

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/07/2019 às 19:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
 que aconteceu no dia 13/4/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE FLORES, 1, ROBOVIA PE 337  
 BAIRRO: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência  
 PROXIMO A PEDREIRA  
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR/VAGENTE)  
 JOSE CARLOS DE MEDFIROS (OUTRO)  
 FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO (VITIMA)  
 ALEX JULIO BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
 Si(a): FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO

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

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo:  
 Masculino Mãe: DAMIANA BATISTA DE ARAUJO PPI: JOSE MAOVAL DE ARAUJO Data de  
 Nascimento: 03/3/1988 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
 7280452/SDS/PE (RG): 86136231488 (CPF): 83717546488 (CNH) Estado Civil:  
 SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones:  
 Celulares: 87999126972

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 1, AV. MARIA EDNEIA MARTINS SANTANA  
 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEX JULIO BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
 AUDILENE BARBOSA PPI: JOSE BARBOSA FILHO Data de Nascimento: 14/3/1995  
 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9728719/SDS/PE  
 (RG): 12885677484 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
 Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones: Celulares: 873558827078

08 AGO 2019

16/07/2019 16:55

V.GE.2



Cidade/Rua Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 100, RUA MARIA DE FATIMA MEDEIROS ROSAS - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE CARLOS DE MEDEIROS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO HOUVE (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). JOSE CARLOS DE MEDEIROS, que estava em posse do(a) Sr(a) FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO. Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KGM8666 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 147826648 Chassi: LWYPCJ8A3BB631934  
Ano Fabricação/Modelo: 2003/2003 Combustível: GASOLINA  
Descrição: MOTOCICLETA WUYANG WT 125

#### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO, NOTIGANDO QUE NA DATA MENCIONADA SEGUIA PELA PE 337, INDO DESTA CIDADE COM DESTINO AO Povoado DOS PEREIROS DO SACO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA AQUI RELACIONADA E LEVANDO COM PASSAGEIRO O SR. ALEX JULIO BARBOSA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA PEDREIRA, NA CURVA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO APÓS PASSAR POR UM BURACO NO ASFALTO, VINDO A SAIR DA ESTRADA E CAIR. DEVIDO AO ACIDENTE O CONDUTOR TEVE ESCORIACOES LEVES NO ENTANTO O PASSAGEIRO ALÉM DE ESCORIACOES ALEGA TER SOFRIDO UMA FRATURA NA CLAVIGOLA. SEGUNDO INFORMAÇOES DAS VITIMAS OS MESMOS FORAM SOCORRIDOS AO HOSPITAL LOCAL PELA PESSOA DE MACIAL DO SITIO OLHO D'AGUA.

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

Francisco Reginaldo Batista de Araujo  
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO  
(VITIMA)

ALEX JULIO BARBOSA  
(VITIMA)

Alex Julio Barbosa

B.O. registrado por: JAIRO JOSÉ DE LIMA - MAT. 328.585-1 - Matrícula: 326585-1



08 AGO 2019

16/07/2019 16:55



## 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:	4 - Nome completo da vítima:
	128.056.774-04	ALEX JÚLIO BARBOSA

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:		
ALEX JÚLIO BARBOSA	128.056.774-04		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECUSO	RUA: RUA DE FÁTIMA MEDEIROS ROSA	105	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO	FLORES	PE	56.850.000
15 - E-mail:	TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM	16 - Tel.(DDD):	81-9835-5523

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 1060 CONTA: 19.048  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

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

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

34  Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data, FLORES - PE 06/08/2019 08 AGO 2019

\* Alex Júlio Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Yves Cordeiro de Melo Junior

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2919

TESTEMUNHAS





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES  
Fundo Municipal de Saúde  
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

24 anos

Contratado  
pela municipal  
04/05/2010  
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier  
6600001-11

Data e Hora:	14-04-2019 às 06:49:45	Nº. Ocorrência	01
Nome:	Alexsandro Barbosa	Data Nascimento:	11/03/1995
Profissão:		Sexo:	M
Fone:	SUS:	700 0094 7856 1806	Doc. Ident.:
End.:	Rua Maria da Fátima Medeiros Pereira		
Responsável:	Alexsandro Barbosa		
Tipo de Atendimento:	Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp.:	Peso:
Historico e Exame Físico: <p>paciente trazido aleatoriamente vítima de trauma automobilístico (moto) com ósseo exposto exau dor + edema + limitação funcional. Visceri- al de bastante dor. Ao exame: edema + color + exangue em pubo <del>dorsum</del> + múltiplos escoria- ções distribuídas em todo corpo.</p>				

Tratamento:	<p>① 5% 0,9% 500ml, EV ② Tenoxicam, 01 FA + AD, EV ③ Tenzol, 01 FA no item ①.</p>
-------------	---

Júlia Raiza Soares da Silva  
COREN-PB: 1.332.817-TE

Impressão Diagnóstica:				
------------------------	--	--	--	--

Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>	SENHA: 5652246
Removido para Hospital				
Óbito às	horas do dia	DNI 11953 PB		

Médico - Carimbo e CRM:	08 AGO 2019
-------------------------	-------------

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX JULIO BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01060-X

CONTA: 000010019042-1

---

Nr. da Autenticação 4A603EE315DFF095



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>  
Número do documento: 20090316214419300000066183147

Num. 67472199 - Pág. 9





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084.134, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALEX JULIO BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.056.774.104,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEX JULIO BARBOSA,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.056.774.104, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>TV. MANOEL SANTANA</u>	Número:	<u>56</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>FLORES</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>TAINHODERMELINO@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>56.850-000</u>

Local e Data: FLORES - PE 06/08/2019

Antônio L. L.  
Assinatura do Declarante

08 AGO 2019

DLRRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>

Num. 67472199 - Pág. 11

Número do documento: 20090316214419300000066183147



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSE CARLOS DE MEDEIROS,  
RG nº 2780658, data de expedição 02/04/99,  
Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 249.579.334-32,  
com domicílio na cidade de FLORES, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA: PREF ARNONID SANTANA, nº 44,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
ALEX JULIO FERROSA, cujo o condutor era  
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARANJO.  
Veículo: MOTO Modelo: J1 WUYANG NY 125 ESD Ano: 2008 MOD 2008  
Placa: K GK 8686 Chassi: LWYPCJ9A386Q31934  
Data do Acidente: 13/10/12019

Local e Data: FLORES - PE 28/08/19

x Jose Carlos de Medeiros  
Assinatura do Declarante

x Francisco Reginaldo Batista de Arango  
Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELIONATO ÚNICO DE FLORES  
Bairro Novo, Pórtico da Técnica, Rodovia de acesso ao Rio São Francisco e Travessia e Ponte José Joaquim  
Dias Antônio - Comarca Unica, à Cidade - Pernambuco - CEP: 56300-000 - Fone: (87) 3657-1256  
Ribeirão das Neves da Pindoba - 33000

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JOSE CARLOS DE MEDEIRO  
- Sou fe.  
Em Testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.  
MARIA CECILIA VIEIRA KRUEGER - ESCREVENTE  
FLORES - quarta-feira, 28 de agosto de 2019 - 10:49h  
Total: 4.91 - Salto (n) 0076927 ATF08201902.00363-

29 AGO 2019



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES**  
**Fundo Municipal de Saúde**  
**Unidade Mista Genésio Francisco Xavier**

Entendido  
pela agente  
04/05/2019  
CNPJ 10.347.466/0001-11  
Francisco Xavier  
24 anos

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Data e Hora:	14.09.2019 às 06:49:45	Nº. Ocorrência	01
Nome:	Alex Julio Barbosa	Data Nascimento:	11/03/1995
Profissão:	M	Doc. Ident.:	
Fone:	SUS:	700 0099 7850 1806	
End.:	Rua Maria de Fátima Mendes Rosa		
Responsável:	Jose Barbosa		
Tipo de Atendimento:	Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	
	Agressão <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>	

Pressão Arterial:	HGT:	P脉:	Temp.:	Peso:
Histórico e Exame Físico: Paciente trazido alastizado vítima de trauma automobilístico (moto) com queimadura de 2º grau envolvendo tórax + escoriações + limitações funcionais. Visceralmente sem lesões. Ao exame: edema + color + escoropores em pubco <del>lado</del> + múltiplos escoriações distribuídas em todo corpo.				

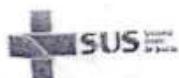
Tratamento:	① 98,09% 500ml, EV ② Tiroxicina, 01 FA + AD, EV ③ Taramol, 01 FA no item ①.
 Júlia Ruiz Soares da Silva COREN-PE: 1.332.817-TE	

Impressão Diagnóstica:	
------------------------	--

Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>
Removido para Hospital			
Ótimo às	horas do dia	SENHA: 5652246	
		012M 11953 PB	

Médico - Carimbo e CRM:	08 AGO 2019
-------------------------	-------------



**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

Nº:

Hora: 10:00

Nome: <u>Willyne Barbosa</u>	Profissão: <u>Empreiteira</u>	
Idade: <u>35</u>	Sexo: <u>Feminino</u>	Estado Civil: <u>Casada</u>
Residência: <u>Rua Maria da Penha, 55</u>	Responsável: <u>Willyne Barbosa</u>	
Endereço: <u>PIOMA, PIOMA, PIOMA</u>	Município: <u>PIOMA</u>	Fone: <u>09 22 9786</u>
RG: <u>000 000-0</u>	CPF: <u>111.111.111-11</u>	Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/>
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AZUL

Descrição das queixas:

Peso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
100 kg	170 cm	37°C	98%	70 kg	15
Exames e Procedimentos:			Carimbo e Assinatura:		

**EXAMENES MÉDICOS**

Exame Físico:

Dor na clavícula (1) sim  
sim.

Tratamento:

→ Verem.  
→ Exames → clavícula  
→ Voltmetro → sim → 34.0 → 18.20  
→ DIP 120/80 mm Hg,

Impressão Diagnóstica:

Int clavícula

Carimbo e Assinatura:



08 AGO 2019



Sistema  
SUS Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

Secretaria  
de Saúde  
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2517124

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2517124

Identificação do Paciente

3 - NÚMERO DO DOCUMENTO

4 - NOME NACIONAL DE SAÚDE (CINS)

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

7 - ENDERECO (RUA/Nº BAIRRO)

8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOME ATEND.

6 - SIS PRENATAL

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - CÓD. INSCRIÇÃO

10 - CÓD. INSCRIÇÃO

11 - CÓD. INSCRIÇÃO

12 - CÓD. INSCRIÇÃO

13 - CÓD. INSCRIÇÃO

14 - CÓD. INSCRIÇÃO

15 - CÓD. INSCRIÇÃO

16 - CÓD. INSCRIÇÃO

17 - CÓD. INSCRIÇÃO

18 - CÓD. INSCRIÇÃO

19 - CÓD. INSCRIÇÃO

20 - CÓD. INSCRIÇÃO

21 - CÓD. INSCRIÇÃO

22 - CÓD. INSCRIÇÃO

23 - CÓD. INSCRIÇÃO

24 - CÓD. INSCRIÇÃO

25 - CÓD. INSCRIÇÃO

26 - CÓD. INSCRIÇÃO

27 - CÓD. INSCRIÇÃO

28 - CÓD. INSCRIÇÃO

29 - CÓD. INSCRIÇÃO

30 - CÓD. INSCRIÇÃO

31 - CÓD. INSCRIÇÃO

32 - CÓD. INSCRIÇÃO

33 - CÓD. INSCRIÇÃO

34 - CÓD. INSCRIÇÃO

35 - CÓD. INSCRIÇÃO

36 - CÓD. INSCRIÇÃO

37 - CÓD. INSCRIÇÃO

38 - CÓD. INSCRIÇÃO

39 - CÓD. INSCRIÇÃO

40 - CÓD. INSCRIÇÃO

41 - CÓD. INSCRIÇÃO

42 - CÓD. INSCRIÇÃO

43 - CÓD. INSCRIÇÃO

44 - CÓD. INSCRIÇÃO

45 - CÓD. INSCRIÇÃO

46 - CÓD. INSCRIÇÃO

47 - CÓD. INSCRIÇÃO

48 - CÓD. INSCRIÇÃO

49 - CÓD. INSCRIÇÃO

50 - CÓD. INSCRIÇÃO

51 - CÓD. INSCRIÇÃO

52 - CÓD. INSCRIÇÃO

53 - CÓD. INSCRIÇÃO

54 - CÓD. INSCRIÇÃO

55 - CÓD. INSCRIÇÃO

56 - CÓD. INSCRIÇÃO

57 - CÓD. INSCRIÇÃO

58 - CÓD. INSCRIÇÃO

59 - CÓD. INSCRIÇÃO

60 - CÓD. INSCRIÇÃO

61 - CÓD. INSCRIÇÃO

62 - CÓD. INSCRIÇÃO

63 - CÓD. INSCRIÇÃO

64 - CÓD. INSCRIÇÃO

65 - CÓD. INSCRIÇÃO

66 - CÓD. INSCRIÇÃO

67 - CÓD. INSCRIÇÃO

68 - CÓD. INSCRIÇÃO

69 - CÓD. INSCRIÇÃO

70 - CÓD. INSCRIÇÃO

71 - CÓD. INSCRIÇÃO

72 - CÓD. INSCRIÇÃO

73 - CÓD. INSCRIÇÃO

74 - CÓD. INSCRIÇÃO

75 - CÓD. INSCRIÇÃO

76 - CÓD. INSCRIÇÃO

77 - CÓD. INSCRIÇÃO

78 - CÓD. INSCRIÇÃO

79 - CÓD. INSCRIÇÃO

80 - CÓD. INSCRIÇÃO

81 - CÓD. INSCRIÇÃO

82 - CÓD. INSCRIÇÃO

83 - CÓD. INSCRIÇÃO

84 - CÓD. INSCRIÇÃO

85 - CÓD. INSCRIÇÃO

86 - CÓD. INSCRIÇÃO

87 - CÓD. INSCRIÇÃO

88 - CÓD. INSCRIÇÃO

89 - CÓD. INSCRIÇÃO

90 - CÓD. INSCRIÇÃO

91 - CÓD. INSCRIÇÃO

92 - CÓD. INSCRIÇÃO

93 - CÓD. INSCRIÇÃO

94 - CÓD. INSCRIÇÃO

95 - CÓD. INSCRIÇÃO

96 - CÓD. INSCRIÇÃO

97 - CÓD. INSCRIÇÃO

98 - CÓD. INSCRIÇÃO

99 - CÓD. INSCRIÇÃO

100 - CÓD. INSCRIÇÃO

101 - CÓD. INSCRIÇÃO

102 - CÓD. INSCRIÇÃO

103 - CÓD. INSCRIÇÃO

104 - CÓD. INSCRIÇÃO

105 - CÓD. INSCRIÇÃO

106 - CÓD. INSCRIÇÃO

107 - CÓD. INSCRIÇÃO

108 - CÓD. INSCRIÇÃO

109 - CÓD. INSCRIÇÃO

110 - CÓD. INSCRIÇÃO

111 - CÓD. INSCRIÇÃO

112 - CÓD. INSCRIÇÃO

113 - CÓD. INSCRIÇÃO

114 - CÓD. INSCRIÇÃO

115 - CÓD. INSCRIÇÃO

116 - CÓD. INSCRIÇÃO

117 - CÓD. INSCRIÇÃO

118 - CÓD. INSCRIÇÃO

119 - CÓD. INSCRIÇÃO

120 - CÓD. INSCRIÇÃO

121 - CÓD. INSCRIÇÃO

122 - CÓD. INSCRIÇÃO

123 - CÓD. INSCRIÇÃO

124 - CÓD. INSCRIÇÃO

125 - CÓD. INSCRIÇÃO

126 - CÓD. INSCRIÇÃO

127 - CÓD. INSCRIÇÃO

128 - CÓD. INSCRIÇÃO

129 - CÓD. INSCRIÇÃO

130 - CÓD. INSCRIÇÃO

131 - CÓD. INSCRIÇÃO

132 - CÓD. INSCRIÇÃO

133 - CÓD. INSCRIÇÃO

134 - CÓD. INSCRIÇÃO

135 - CÓD. INSCRIÇÃO

136 - CÓD. INSCRIÇÃO

137 - CÓD. INSCRIÇÃO

138 - CÓD. INSCRIÇÃO

139 - CÓD. INSCRIÇÃO

140 - CÓD. INSCRIÇÃO

141 - CÓD. INSCRIÇÃO

142 - CÓD. INSCRIÇÃO

143 - CÓD. INSCRIÇÃO

144 - CÓD. INSCRIÇÃO

145 - CÓD. INSCRIÇÃO

146 - CÓD. INSCRIÇÃO

147 - CÓD. INSCRIÇÃO

148 - CÓD. INSCRIÇÃO

149 - CÓD. INSCRIÇÃO

150 - CÓD. INSCRIÇÃO

151 - CÓD. INSCRIÇÃO

152 - CÓD. INSCRIÇÃO

153 - CÓD. INSCRIÇÃO

154 - CÓD. INSCRIÇÃO

155 - CÓD. INSCRIÇÃO

156 - CÓD. INSCRIÇÃO

157 - CÓD. INSCRIÇÃO

158 - CÓD. INSCRIÇÃO

159 - CÓD. INSCRIÇÃO

160 - CÓD. INSCRIÇÃO

161 - CÓD. INSCRIÇÃO

162 - CÓD. INSCRIÇÃO

163 - CÓD. INSCRIÇÃO

164 - CÓD. INSCRIÇÃO

165 - CÓD. INSCRIÇÃO

166 - CÓD. INSCRIÇÃO

167 - CÓD. INSCRIÇÃO

168 - CÓD. INSCRIÇÃO

169 - CÓD. INSCRIÇÃO

170 - CÓD. INSCRIÇÃO

171 - CÓD. INSCRIÇÃO

172 - CÓD. INSCRIÇÃO

173 - CÓD. INSCRIÇÃO

174 - CÓD. INSCRIÇÃO

175 - CÓD. INSCRIÇÃO

176 - CÓD. INSCRIÇÃO

177 - CÓD. INSCRIÇÃO

178 - CÓD. INSCRIÇÃO

179 - CÓD. INSCRIÇÃO

180 - CÓD. INSCRIÇÃO

181 - CÓD. INSCRIÇÃO

182 - CÓD. INSCRIÇÃO

183 - CÓD. INSCRIÇÃO

184 - CÓD. INSCRIÇÃO

185 - CÓD. INSCRIÇÃO

186 - CÓD. INSCRIÇÃO

187 - CÓD. INSCRIÇÃO

188 - CÓD. INSCRIÇÃO

189 - CÓD. INSCRIÇÃO

190 - CÓD. INSCRIÇÃO

191 - CÓD. INSCRIÇÃO

192 - CÓD. INSCRIÇÃO

193 - CÓD. INSCRIÇÃO

194 - CÓD. INSCRIÇÃO

195 - CÓD. INSCRIÇÃO

196 - CÓD. INSCRIÇÃO

197 - CÓD. INSCRIÇÃO

198 - CÓD. INSCRIÇÃO

199 - CÓD. INSCRIÇÃO

200 - CÓD. INSCRIÇÃO

201 - CÓD. INSCRIÇÃO

202 - CÓD. INSCRIÇÃO

203 - CÓD. INSCRIÇÃO

204 - CÓD. INSCRIÇÃO

205 - CÓD. INSCRIÇÃO

206 - CÓD. INSCRIÇÃO

207 - CÓD. INSCRIÇÃO

208 - CÓD. INSCRIÇÃO

209 - CÓD. INSCRIÇÃO

210 - CÓD. INSCRIÇÃO

211 - CÓD. INSCRIÇÃO

212 - CÓD. INSCRIÇÃO

213 - CÓD. INSCRIÇÃO

214 - CÓD. INSCRIÇÃO

215 - CÓD. INSCRIÇÃO

216 - CÓD. INSCRIÇÃO

217 - CÓD. INSCRIÇÃO

218 - CÓD. INSCRIÇÃO

219 - CÓD. INSCRIÇÃO

220 - CÓD. INSCRIÇÃO

221 - CÓD. INSCRIÇÃO

222 - CÓD. INSCRIÇÃO

223 - CÓD. INSCRIÇÃO

224 - CÓD. INSCRIÇÃO

225 - CÓD. INSCRIÇÃO

226 - CÓD. INSCRIÇÃO

227 - CÓD. INSCRIÇÃO

228 - CÓD. INSCRIÇÃO

229 - CÓD. INSCRIÇÃO

230 - CÓD. INSCRIÇÃO

231 - CÓD. INSCRIÇÃO

232 - CÓD. INSCRIÇÃO

233 - CÓD. INSCRIÇÃO

234 - CÓD. INSCRIÇÃO

235 - CÓD. INSCRIÇÃO

&lt;p



S. FRANCISCO

## HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Visconde de Mauá, 254 - Centro  
Fone/Fax: (87) 3203-7635 - 3249-1000-9121-17  
CEP: 58.145-000 - Cuiabá - MT - Brasil

## CLÍNICA

## CIRURGICA

Data do Atendimento: 24/04/2019 Prontuário: 00043824 Registro: 00092198 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ALEX JULIO BARBOSA

Motivação: 11/03/1995	Idade: 24 Anos, 1 Mês	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
Estatus Civil: SOLTEIRO(A)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade:	Nacionalidade:
Pai: JOSE BARBOSA FILHO		Mae: MARIA AUDILENE BARBOSA	

Endereço: MARIA DE FATIMA MEDEIROS

Bairro: CENTRO Cidade: FLORES Estado: PE Telefone: 998229716

## ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito [ ] Acidente de Trabalho [ ] Outros Acidentes [ ] Agressão [ ]

Suicídio [ ] Casual [ ] Outros [ ]

Nome do Acompanhante: \_\_\_\_\_ Telefone para Contato: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local da Ocorrência: \_\_\_\_\_

## ANAMISE E EXAMES FÍSICOS

*TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA  
com LIMITE à FUNÇÃO*

Diagnóstico Inicial:

*FRACTURA DA CLAVICULA*

SAD: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Final:

*O NESTA*

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [ ]	Decisão Médica [ ]
Inalterado [ ]	Alta a Pedido [ ]
Piorado [ ]	Transferência [ ]
Obito - 48h [ ]	Evasão [ ]
Obito - 48h [ ]	Indisciplina [ ]

Data do Internamento: 24/04/2019

Data da Alta: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Médico Responsável

08 AGO 2019

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-9831-3014



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>

Número do documento: 20090316214419300000066183147

Num. 67472199 - Pág. 16

Lada:		Nº do Procedimento:
Cirurgião:	Inicio:	Término:
	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:

DESCRICAÇÃO CIRURGICA

1. *resecção de*  
2. *ex.: 22*  
3. *anatomia*  
4. *anatomia*  
5. *anatomia*  
6. *anatomia*

  
Assinatura do Cirurgião

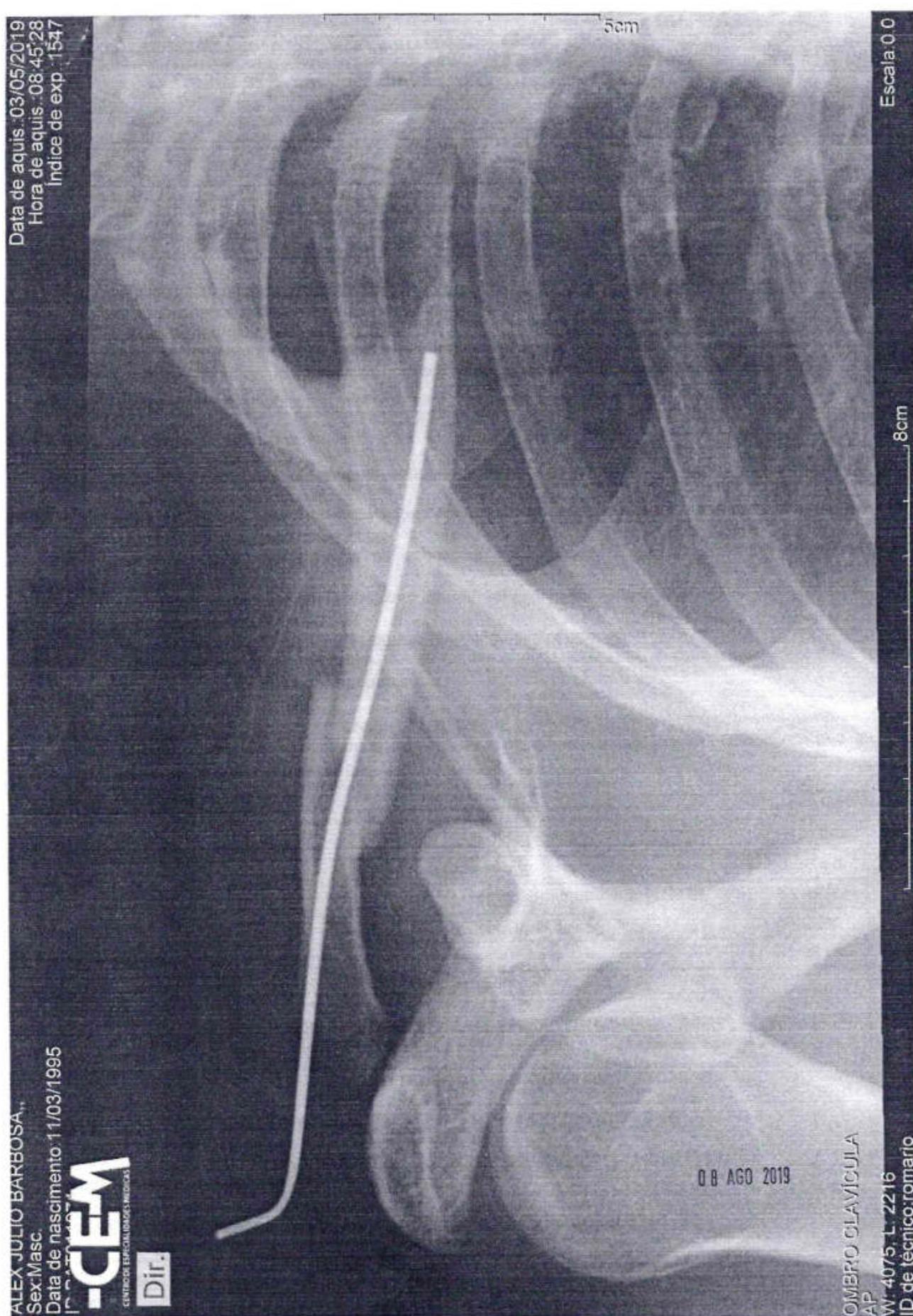
08 AGO 2019

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>  
Número do documento: 20090316214419300000066183147

Num. 67472199 - Pág. 17





Dr. Ebenone A. da Silva  
Ortopedista e Traumatologista

10-4

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Wesley Guedes

DATA DE ALTA: 05/07/19

CIRURGIA REALIZADA: Fract. do Oss. calcaneo

RETORNO 1: 03/08/19

RETORNO 02:

USO ORAL:

\* CEFALEXINA 500 MG ..... 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO VO DE 6/6 HORAS.

\* ARTROSIL 160 MG ..... 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO VO DE 12/12 HORAS

\* LISADOR ..... 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO VO DE 12/12 HORAS



(87) 3831-8446 / 9.9916-0112



Rua: Joaquim Godoy, N° 393



com.st@hotmail.com

08 AGO 2019

**CEM**

CENTRO ESPECIALIDADES MÉDICAS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>  
Número do documento: 20090316214419300000066183147

Num. 67472199 - Pág. 19



CÓDIGO DE CONTROLE  
0B72.01E1.5E2E.72A0  
A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)  
Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
 às 10:53:31 do dia 04/08/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>  
Número do documento: 20090316214419300000066183147

Num. 67472199 - Pág. 20



08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>  
Número do documento: 20090316214419300000066183147

Num. 67472199 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>  
Número do documento: 20090316214419300000066183147

Num. 67472199 - Pág. 22

08 AGO 2019

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469927 Cidade: Flores Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ALEX JULIO BARBOSA Data do acidente: 13/04/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOPROTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

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

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ALEX JULIO BARBOSA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: RECLUIDO, portador(a) do RG 9.728.710, órgão expedidor SDS-PE  
e do CPF 128.056.774-04, residente no(a) RUA: MARIA DE FATIMA MEDEIROS ROSAS  
nº 105, bairro: CENTRO, município: FLORES PE

### OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO  
Profissão: RECLUIDO, portador(a) do RG 2.999.987-3, órgão expedidor SSP-PE  
e do CPF 452.545.084-34, residente no(a) TV. MANOEL SANTANA  
nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar todo o tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Alex Julio Barbosa CPF 128.056.774-04 data do acidente: 13/04/2019

Local e data: FLORES - PE

\* Alex Julio Barbosa

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



### DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

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

Nome: _____ CPF: _____	Assinatura de quem assina A ROGO
---------------------------	----------------------------------

TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura
TESTEMUNHAS 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270968/19

**Vítima:** ALEX JULIO BARBOSA

**CPF:** 128.056.774-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/04/2019

**Titular do CPF:** ALEX JULIO BARBOSA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

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

#### ALEX JULIO BARBOSA : 128.056.774-04

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](http://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: 08/08/2019  
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO  
CPF: 452.545.084-34

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO PEREIRA FILHO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/09/2020 16:21:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316214419300000066183147>  
Número do documento: 20090316214419300000066183147

Num. 67472199 - Pág. 25