



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
67472199	03/09/2020 16:21	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. 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





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

Rio de Janeiro, 13 de 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14700158

Pag. 01445/01446 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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 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 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - 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: 1060 X CONTA: 19.042 X

(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.

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.

Peio 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

FLORES - PE 06/08/2019

08 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0269000342**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, RODOVIA PE 337**
Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência
PROXIMO A PEDREIRA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
JOSE CARLOS DE MEDEIROS (OUTRO)
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO (VITIMA)
ALEX JULIO BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO, (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(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** Pai: **JOSE NAIVAL DE ARAUJO** Data de Nascimento: **03/1/1955** Nacionalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7380452/SDS/PE (RG)**, **86136231480 (CPF)**, **83717545480 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **87989125972**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, AV. MARIA EDMEIA MARTINS SANTANA**
- CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALEX JULIO BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA AUDILENE BARBOSA** Pai: **JOSE BARBOSA FILHO** Data de Nascimento: **11/3/1995** Nacionalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9728718/SDS/PE (RG)**, **12885677494 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **87988827079**

08 AGO 2019

16/07/2019 18:55

Pág. 2



Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORES, 106, RUA MARIA DE FATIMA MEDEIROS
ROSAS - CEP: 55000-000 - 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: KKK5526 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 147828842 Chassi:
LWYPCJ6A388931934
Ano/Fabricação/Modelo: 2002/2002 Combustível: GASOLINA
Descrição: MOTOCICLETA WUYANG WY 125

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE
ARAUJO, NOTIFICANDO QUE NA DATA MENCIONADA SEGUIA PELA PE 337, INDO
DESTA CIDADE COM DESTINO AO POVOADO DOS PEREIRO DO SAGO, 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 ESCORIAÇÕES
LEVES NO ENTANTO O PASSAGEIRO ALÉM DE ESCORIAÇÕES ALEGA TER SOFRIDO
UMA FRATURA NA CLAVÍCULA. SEGUNDO INFORMAÇÕES DAS VITIMAS OS MESMOS
FORAM SOCORRIDOS AO HOSPITAL LOCAL PELA PESSOA DE MACIAL DO SÍTIO OLHO
D'ÁGUA.

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. 328.525-1 - Matrícula:
328525-1



08 AGO 2019

16/07/2019 16:53





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 JULIO 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:

ALEX JULIO BARBOSA

6 - CPF:

128.056.774-04

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA: M. DE FATIMA MEDEIROS ROJA

9 - Número:

105

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

FLORES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.850-000

15 - E-mail:

TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

87-9935-5533

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1060

☒

CONTA:

19.042

☒

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu 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.

Peio 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou assinatura (assinou)?

☐ 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

FLORES - PE 06/08/2019

08 AGO 2019

* Alex Julio Barbosa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Boletim
pela original
01-05-2019
Nº 1.332.817-TE
124 anos

Data e Hora:	14.04.2019 às 06:44h	Nº. Ocorrência	01
Nome:	Adelino Barbosa	Data Nascimento:	11/03/1995
Profissão:		Sexo:	M
Fone:		SUS:	700 0094 7850 1806
End.:	Rua Maria de Fátima Medeiros Peres	Doc. Ident.:	
Responsável:	João 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:

Histórico e Exame Físico:

Paciente trazido aleatoriamente vítima de trauma automobilístico (moto) com outros traumas com edema + inchaços + limitação funcional. Vêm com a dor constante dor ao toque: edema + calor + inchaço em membro superior + múltiplos escoriações distribuídas em todo corpo.

Tratamento:

- 1) S8 0,9% 500ml, EV
- 2) Tetraciclina, 01 FA + AD, EV
- 3) Tetraciclina, 01 FA no item 1.

09/04
Júlia Raíza Soares da Silva
COREN-PE: 1.332.817-TE

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☒

Removido para Hospital

SENHA: 566 2246

Óbito às

horas do dia

08/04 11:53 PB

Médico - Carimbo e CRM:

08 AGO 2019

COMPROVAÇÃO DE ATU DECLARATÓRIA

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





Nota Fiscal de Energia Elétrica - Cálculo pelo LEM 10436, de 26/04/02

Concessionária Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-000
CNPJ 10.826.880/0001-00 | Fone: (51) 3022-9333 | www.celpe.com.br

BANDEIRA DO CLIENTE
MARIA RUDILENE BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA DE FÁTIMA MEDEIROS ROSAS
105

CPF: 041.150.574-24 NIS: 20058795489

CENTRO FLORES
FLORES PE
56850-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA TENSÃO COM FASE

INDICADOR	VALOR	UNIDADE
00720004	UNICA	2508/2019
00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000

CONTA CONTRATO	MÊS
4011685825	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
02/07/2019	25/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
46,12	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 100 kWh	90,00000000	0,18656124	0,95
Consumo Abaixo Superior a 100 até 150 kWh	70,00000000	0,31724787	22,20
Consumo Abaixo Superior a 150 até 325 kWh	8,00000000	0,47687136	4,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,07
Contrib. Funl. Pública Municipal			14,02

TOTAL DA FATURA 46,12

DESCRIÇÃO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FURÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	IPM / DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
907770	14"	27/06/2019	17.985,30	02/07/2019	13.049,30	28	1,2000		196,20

DESCRIÇÃO DO CONSUMO		VALOR DO VALOR		VALOR DO VALOR			
Consumo Abaixo de 100 kWh	90,00	0,18656124	0,95	Consumo Abaixo de 100 kWh	90,00	0,18656124	0,95
Consumo Abaixo Superior a 100 até 150 kWh	70,00	0,31724787	22,20	Consumo Abaixo Superior a 100 até 150 kWh	70,00	0,31724787	22,20
Consumo Abaixo Superior a 150 até 325 kWh	8,00	0,47687136	4,28	Consumo Abaixo Superior a 150 até 325 kWh	8,00	0,47687136	4,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,07	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,07
Contrib. Funl. Pública Municipal			14,02	Contrib. Funl. Pública Municipal			14,02

DESCRIÇÃO DO CONSUMO		VALOR DO VALOR		VALOR DO VALOR			
Consumo Abaixo de 100 kWh	90,00	0,18656124	0,95	Consumo Abaixo de 100 kWh	90,00	0,18656124	0,95
Consumo Abaixo Superior a 100 até 150 kWh	70,00	0,31724787	22,20	Consumo Abaixo Superior a 100 até 150 kWh	70,00	0,31724787	22,20
Consumo Abaixo Superior a 150 até 325 kWh	8,00	0,47687136	4,28	Consumo Abaixo Superior a 150 até 325 kWh	8,00	0,47687136	4,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,07	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,07
Contrib. Funl. Pública Municipal			14,02	Contrib. Funl. Pública Municipal			14,02

ATENÇÃO: A Fatura de Energia Elétrica é emitida em nome do titular da conta. O titular da conta é responsável por pagar a fatura no prazo estabelecido. O não pagamento da fatura pode resultar em suspensão do fornecimento de energia elétrica.

ATENÇÃO: A Fatura de Energia Elétrica é emitida em nome do titular da conta. O titular da conta é responsável por pagar a fatura no prazo estabelecido. O não pagamento da fatura pode resultar em suspensão do fornecimento de energia elétrica.

DESCRIÇÃO DO CONSUMO				VALOR DO VALOR			
Consumo Abaixo de 100 kWh	90,00	0,18656124	0,95	Consumo Abaixo de 100 kWh	90,00	0,18656124	0,95
Consumo Abaixo Superior a 100 até 150 kWh	70,00	0,31724787	22,20	Consumo Abaixo Superior a 100 até 150 kWh	70,00	0,31724787	22,20
Consumo Abaixo Superior a 150 até 325 kWh	8,00	0,47687136	4,28	Consumo Abaixo Superior a 150 até 325 kWh	8,00	0,47687136	4,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,07	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,07
Contrib. Funl. Pública Municipal			14,02	Contrib. Funl. Pública Municipal			14,02

CONTA CONTRATO 4011685825 MÊS 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 02/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 46,12

83800000000-9 48120011004-4 01188582510-3 14077444013-4



08 AGO 2019





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, 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 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084/34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALEX JULIO BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.056.774/04

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEX JULIO BARBOSA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.056.774/04, 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>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>56.850-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>87-9935-5533</u>

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

Antonio P. Filho
Assinatura do Declarante

DL0RL001 V001/2017

08 AGO 2019





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, 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

Eu, JOSE CARLOS DE MEDEIROS
RG nº 2780658, data de expedição 02/04/99
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 249.579.334-72
com domicílio na cidade de FLORES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: PRF ARNOUD SANTANA, nº 44
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ALEX JULIO BARBOSA, cujo o condutor era
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO
Veículo: MOTO Modelo: TIWUYANG WY 125 PSD Ano: 2008 MAR 2008
Placa: KGK 8686 Chassi: LWYPCJ9A3R6031934
Data do Acidente: 13/04/2019

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

Jose Carlos de Medeiros
Assinatura do Declarante

Francisco Reginaldo Batista de Araujo
Assinatura do Condutor

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



29 AGO 2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Entrada
para o hospital
01.05.2019
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier
Nº. 10.347.466/0001-11
24 anos

Data e Hora:	14.04.2019 às 06:44H	Nº. Ocorrência	01
Nome:	Alex Julis Barbosa	Data Nascimento:	11/03/1995
Profissão:		Sexo:	M
Fone.:		SUS:	700 0094 7850 1806
End.:	Rua Maria de Fátima Medeiros Pina	Doc. Ident.:	
Responsável:	José 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:
-------------------	------	--------	--------	-------

Histórico e Exame Físico:

Paciente trazido alegando vítima de trauma automobilístico (moto) com outro ~~dispositivo~~ com edema + excoriações + limitação funcional. Alérgico a do bastante dor ao plane: edema + color + inchaço em membro ~~dir.~~ + múltiplos cortes, ossos distribuídos em todo corpo.

Tratamento:

- 1) 50 0,9% 500ml, EV
- 2) Terapias, 01 FA + AD, EV
- 3) Trauma, 01 FA no item 1.

CG 10
Júlia Raíza Soares da Silva
COREN-PE: 1.332.817-TE

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☒

Removido para Hospital

SENHA: 566 2246

Óbito às

horas do dia

02H 11953 PB

Médico - Carimbo e CRM:

08 AGO 2019



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 41
Data: 08/08/19		Hora: 10:00				
Nome: <u>Mr. Junior Barbosa</u>		Profissão: <u>carreiro</u>		Estado Civil: <u>solteiro</u>		
Idade: <u>11/13 25</u>		Sexo: <u>masculino</u>		Responsável:		
Mãe: <u>Marina Claudine Barbosa</u>						
Endereço: <u>rua Maria de Fátima - 25</u>				Fone: <u>08 22 9756</u>		
Cidade: <u>Recife PE</u>		Município: <u>Recife</u>		RG-CPF:		
Cor: <u>BRANCO</u>		Pele: <u>BRANCA</u>		Amarela Indígena		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL
Exatidão Queixa:					
Exatidão Exame Físico:					
Pulso:	hGF:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Uso de Oxigênio:					
Uso de Aterias:					
Carimbo e Assinatura:					

ATENDIMENTO MÉDICO	
Exatidão Exame Físico:	
<p>Don y clareu ① 2019</p> <p><u>fun</u></p>	
Tratamento:	
<p>→ <u>Veron</u></p> <p>→ <u>Exatidão</u> a <u>clareu</u></p> <p>→ <u>Exatidão</u> a <u>clareu</u></p> <p>→ <u>Exatidão</u> a <u>clareu</u></p> <p>→ <u>Exatidão</u> a <u>clareu</u></p>	
hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
<p><u>Exatidão</u></p>	<p>Carimbo e Assinatura:</p> <p>16-0112</p>

08 AGO 2019





Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2. INSC. EST. 2517124

3. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4. INSC. EST. 2517124

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE

6. NOME ATEND.

7. NÚMERO DO DOCUMENTO

8. NÚMERO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9. SIS. PRENATAL

10. DATA DE NASCIMENTO

11. NOME DO PACIENTE

12. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

13. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15. CID - BUREMUNIC

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16. HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

18. DIAGNÓSTICO INICIAL

19. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

21. CLÍNICA

22. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

23. DOCUMENTO

24. NÚMERO DO DOCUMENTO INICIAL DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

25. ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

26. DATA DA SOLICITAÇÃO

27. ASSINATURA E CARIMBO (CURTOS) ART

Dr. Ebenone Buião
CRM: 15122
TEO: 10541
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

28. ACIDENTE DE TRÂNSITO

29. ACIDENTE DE TRABALHO SÍMICO

30. ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

31. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

32. EMPREGADO

33. EMPREGADOR

34. ALTO LÍQUIDO

35. DESEMPREGADO

36. APOSENTADO

08.AGO.2019

AUTORIZAÇÃO

37. NOME DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

38. DOCUMENTO

39. CNS

40. CPF

41. NÚMERO DO DOCUMENTO INICIAL DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

43. DATA DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

44. MOTIVO DA ALTA

45. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

46. DATA DA INTERNAÇÃO

47. DATA DA ALTA



**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Venâncio, 100 - Centro - 55.000-000 - Flores, PE
Fone: (071) 3033-3444 - Fax: (071) 3144-7144 - CEP: 55.242-000
CNPJ: 07.049.581/0001-72 - E-mail: hospital@hfrancisco.com.br

CLÍNICA**CIRURGICA**

Data do Atendimento: 24/04/2019 Prontuário: 00043624 Registro: 00092198 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ALEX JULIO BARBOSA

Data Nascimento: 11/03/1995 Idade: 24 Anos, 1 Mês Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: Nacionalidade:

Filiação Pat: JOSE BARBOSA FILHO Mãe: MARIA AUDILENE BARBOSA

Endereço: MARIA DE FATIMA MEDEIROS Nº: 105

Bairro: CENTRO Cidade: FLORES Estado: PE Telefone: 999229716

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:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA NA CLAVÍCULA DIREITA
COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVÍCULA

S.A.D.:

Diagnóstico Final:

0 NCSMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

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

Data do Internamento: 24/04/2019

Data da Alta: / /

Nome do Médico: Hora: Médicos Responsáveis

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

08 AGO 2019



Data:		Nº do Procedimento:	
	Início:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiologista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1. INCISÃO
 - 2. C/PS: 32
 - 3. 1.50
 - 4. 1.50
 - 5. 1.50
 - 6. 1.50

Assinatura do Cirurgião

08 AGO 2019

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



Data de aquis.: 03/05/2019
Hora de aquis.: 08:45:28
Índice de exp.: 1547

ALEX JULIO BARBOSA,..
Sex: Masc.
Data de nascimento: 11/03/1995

-CEM
CENTRO ESPECIALIZADO EM RADIOLOGIA

Dir.

08 AGO 2019

OMBRO CLAVICULA

AP
W-4075, L-2216

ID de técnico: romario

Escala: 0.0

8cm

5cm





Dr. Ebenone A. da Silva
Ortopedista e Traumatologista

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Walter Julio Bonabina

DATA DE ALTA: 03/07/19

CIRURGIA REALIZADA: Fract. do Clavicula

RETORNO 1: 03/07/19

RETORNO 02:

USO ORAL:

• CEFALOXINA 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

☎ (11) 3531-8446 / 9.9916-0112

🏠 Rua: Joaquim Godoy, Nº 393

✉ cem.st@hotmail.com

08 AGO 2019

CEM

CENTRO ESPECIALIDADES MÉDICAS





08 AGO 2019





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VITE E TRANSMISSAO, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		RE Nº B703946620 - BILHETE DE SEGURO DPVAT	
1 147628848 *****2011		JOSE CARLOS DE MEDEIROS RUA ARNOR SANTANA 44 CASA CENTRO FLORES-PE 54950-000	
JOSE CARLOS DE MEDEIROS FLORES-PE		249.579.134-72 KGK8686	
249.579.134-72 KGK8686		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
*****PE LKYPGJ9A386071934		PE Nº B703946620 2011 17/04/11	
PAS /MOTOCICLISTA/		JOSE CARLOS DE MEDEIROS RUA ARNOR SANTANA 44 CASA CENTRO FLORES-PE 54950-000	
1/MUYANG WY 125 ESD		1 249.579.134-72 KGK8686	
2P/125CL		147628848 17/MUYANG WY 125 ESD	
1 IPVA 2011 QUITADO		2003 09 LKYPGJ9A386071934	
V 1 *****		MEMORIA DO IM	
A 1 *****		SEGURO PAIS	
SEGURO PAGRO OBRIGATORIO		Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro DPVAT S/A	
SEM RESERVA		CNPJ: 09.249.008-0001-04	
NAO VALEDO PARA TRANSPERENCIA			
FLORES			
Data 17/04/11			
Diretor Presidente DRYAX/PE			

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 - OSTEOSÍNTESE (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 BARBOZA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUJO, 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 ROJAS
nº 105, bairro: CENTRO, município: FLORES, PE

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: RECUJO, portador(a) do RG 2999823, 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 LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ALEX JULIO BARBOZA
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: _____, PE

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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX JULIO BARBOSA

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 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

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

