

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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200026276

Vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

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

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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200026276

Vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

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 punhos

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: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000025819-7

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, retorno 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

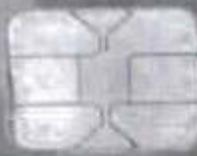
5 - Nome completo:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº no anexo ou PG:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	JEAN EVERTON DA SILVA Bonnos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012.					
5 - Nome completo:	JEAN EVERTON DA SILVA Bonnos		6 - CPF:	122.591.644-55	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Santa Abundância	12 - Cidade:	Santo André (CNPJ 001304300)	13 - Estado:	PC
14 - E-mail:	jeanewton.silva.bonnos@gmail.com		15 - CEP:	05191-591	
16 - Tel. (DDD):	(11) 44304-6299		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"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <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: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Bemvirte para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itau (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Bemvirte para os bancos): Nome do BANCO: PARXA AGENCIA: 1038 CONTA: 25819 (7) <small>Inserir o dígito de verificação</small> <small>Inserir o dígito de verificação</small> <small>Inserir o dígito de verificação</small>					
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu fique isento, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quaisquer ônus ou débitos que venham a ser gerados em razão desse crédito.					
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE					
Declaro, sob as penas da lei, que nenhuma imobilidade ou deficiência me impede de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para ação de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):					
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.					
Pelo motivo acionado, sócio o prosseguimento da análise da meu pedido de indenização do Seguro-DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, consoante, desde já, em mina submeter à avaliação médica as curas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa autorização não significa previsão contráctil com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima		24 - Data da morte 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 da morte da vítima			
25 - Grau de Parentesco com a vítima		26 - Vítima deixou companheiro(s):		27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33 - Vítima deixou pais/viúva/viúvo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte único beneficiário que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá dar-lhe o direito de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.					
34		35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido		36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	
				37 - 1º Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	
				38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
				39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
				40 - Local e Data: _____ Assinatura da vítima/benfeitor (declarante)	
				41 - Assinatura da vítima/benfeitor (declarante)	
				42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	
				43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	

NAO FAZER FOTOCOPIA

TESTEMUNHAS

CAIXA

CONTA CORRENTE



3689 0010 63108 6055

EVN EVERTON SILVA BARROS

VALID THRU 10/24

1033 001 00025819-7



débito

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escriva 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:

102.591.644-55

4 - Nome completo da vítima:

JEAN EVERTON DA SILVA BANOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: JEAN EVERTON DA SILVA BANOS	6 - CPF: 102.591.644-55		
7 - Profissão: ADM/SA	8 - Endereço: Av 01 DE MAIO	9 - Número: 339	10 - Complemento:
11 - Bairro: Santo André TIN 42	12 - Cidade: SANTO ANDRÉ - SP/00010-180	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55191-591
15 - E-mail: ADM/SA	16 - Tel. (DDO): (11) 44304-6299		

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 (ANEKAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 A\$1.501,00 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, não éário, informar tipo contá) Bradesco (237) Itaú (343) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito de verific)

(Inserir o dígito de verific)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: PAIXA

AGÊNCIA: 1038

CONTA: 25819

(Inserir o dígito de verific)

(Inserir o dígito de verific)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso da Seguro-DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e livremente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo acima dado, 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 vítima, conforme Lei 6.794/76, art. 31, §1º, declarando que essa autorização não significa previsão de contatos com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso encerre 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 da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compatriota(s):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tiver filhos, informar:

30 - Vítima deixou
residuo familiar? Sim Não31 - Vítima
tive irmãos? Sim Não

32 - Se tiver irmãos, informar:

 Sim Não33 - Vítima deixou
irmão/avô vivo? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro-DPVAT por morte aquelas beneficiárias que se apresentarem e justifiquem esse direito, estando ciente, ainda, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 199 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - Assinatura de quem assina a requisição

38 - Local e Data,

SS-30 (PG), 38/09/2019.

20 set/19

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura do beneficiário

39 - 2º | Nome: 05.802.494/0001-41

CPF:

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura da testemunha

40 - Assinatura da vítima/beneficiário (testemunha)
41 - Assinatura do beneficiário (testemunha)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura da testemunha (se houver)

FPP-001-V003/2019

TESTEMUNHAS

CAIXA
CONTA CORRENTE



689 0010 63108 6055

JEAN EVERTON SILVA BARROS

VALID
THRU 10/24

4038 001 00025819-7



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-016
RSC/EE-DF



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do documento ou A.S.C.	3 - CPF da vítima 302.591.644-55	4 - Nome completo da vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BONNOS	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2013

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JEAN EVERTON DA SILVA BONNOS	6 - CPF: 102.591.644-55
7 - Profissão: REVENDEDOR	8 - Endereço: Av. 01 DE Maio
9 - Número: 159	10 - Complemento: ---
11 - Bairro: Santo Amaro	12 - Cidade: Salvador (nº 3 do CEP 40130-250)
13 - Estado: PE	14 - CEP: 55191-591
15 - Email: REVENDEDOR	16 - Tel (DDO): (81) 9304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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"/> RECLUSO 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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abaixo: Anexo 1/Anexo 2)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (nº da conta)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: PASXA	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: _____	AGÊNCIA: 1038	CONTA: 25819 7
informar o digito de senha	informar o digito de senha	informar o digito de senha
informar o digito de senha		informar o digito de senha

Autorizo a Seguradora Lider 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 sem reservas, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo esclarecido, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica às clínicas da Seguradora Lider para verificação da validade e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.136/78, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão como dâna com a futura avaliação médica ou recursos ao direito de contestá-la, caso discordar da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (m. Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima				
25 - Gênero Parentesco com a Vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar:	30 - Vítima deixou namorado/banqueiro?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima faleceu:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
uma filha? <input type="checkbox"/> Não	Vividos	Falecidos			Vivos	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos		Irmãos falecidos	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente autorizada, a indenização do Seguro DPVAT aos mortos aqueles beneficiários que se apresentarem e puderem comprovar a existência da condição, quando ciente, ainda de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na legislação (artigo 299 do Código Penal).

34 -	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido.	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido.	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 2º Nome _____ CPF _____	Assinatura da testemunha _____ 39 - 2º Nome: 05.802.494/0001-41 CPF: TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
40 - Local e Data:	Salvador (PE), 38/09/2019.				Assinatura da testemunha _____
41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	Jean Everton da Silva Bonnos				

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FES 001-V002/2013

TESTIGIÁRIAS

rua da Aurora, nº 175, bl. 902 sl. C
CEP 50.000-0010
43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
RECEPCIONISTA

CAIXA
CONTA CORRENTE



3689 0010 63108 6055

DIN EVERTON SILVA BARROS

VALID 10/24
THRU 10/24

1033 001 00025819-7



débito

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2018

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RJ/CEP/PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
**DELEGACIA DE POLICIA DA 064^a CIRCUNSCRICAO - GLORIA DO GOITÁ - DP64^aCIRC
 DINTER1/12^aDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154000891

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/09/2019 às 09:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 14/7/2019 no período da Noite

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, AVENIDA OLÍMPIO BEZERRA DA SILVA, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local de Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JANETE UCHÔA CAVALCANTI (OUTRO)
JEAN EVERTON DA SILVA BARROS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JEAN EVERTON DA SILVA BARROS**

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

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nascimento: **EDNALVA CELESTINA DA SILVA** - n.º: **JOSE ROBERTO DE BARROS** Data de Nascimento: **14/2/1993** Naturalidade: **CAMPINA GRANDE / PARAIBA - BRASIL** Documento: **917468505-PE (RG)** 12259104485 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **FUNCIONARIO PÚBLICO**
 Endereço Residencial: **RUA 1 DE MAIO, 119, CASA - CEP: 51000-000 - Bairro: VILA SANTO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JANETE UCHÔA CAVALCANTI (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nascimento: **NÃO INFORMADO**
PERNAMBUCO - BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nascimento: **NÃO INFORMADO**
PERNAMBUCO - BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JANETE UCHÔA CAVALCANTI** que estava em posse do(a) Sr(a): **JEAN EVERTON DA SILVA BARROS**
 Detalhe Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES** Cor do veículo: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1** (UNIDADE)

Placa: **HJTG924** PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Chassi: **9C2KC88196R880746**
 Ano Fabricação/Ano: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Journal of Clinical Oncology, Vol 22, No 15 (July 2004), pp 3381-3389

**UMA MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade (loca) N(r) DESCONHECIDO que estava em posse do(a) N(r)
DESCONHECIDO**

Complemento / Observación

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA PELA AVENIDA SANTA LUIZA NO BAIRRO SANTO AGOSTINHO NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE FOI DESVIAR DE UM CACHORRO E COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA E VEIO CAIR AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADA PARA UPA DA CIDADE, LOGO APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTO NADA SOFREU, PORÉM EVADIU-SE DO LOCAL APÓS O ACIDENTE . DIANTE DO EXPOSTO FICA CIENTE ESTA DP.

Quantidade de(s) pessoa(s) presente(n) nesta unidade policial

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
(VITIMA)

(V.S. 1990)
Jean Everett da Silva Bento
~~PROFESSOR EVAN D. MURKIN~~ - Matrix

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO NASCIMENTO - Matrícula: 199,810-0

Severino Evaldo do Nascimento
Comissão Especial de Policia
Mat. 150.818-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 064^a CIRCUNSCRICAO - GLORIA DO GOITA - DP64^aCIRC
 DINTER1/12^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N°. 19E0154000891

Ocorrência registrada nessa unidade policial no dia **10/09/2019 às 09:29**
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia
 14/7/2019 no período da Noite

Natureza Jurídica: **COLISÃO**
 Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, AVENIDA OLÍMPIO BEZERRA DA SILVA , SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO - AUTOR (AGENTE) /
 JANETE UCHÔA CAVALCANTI (OUTRO) /
 JEAN EVERTON DA SILVA BARROS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a). DESCONHECIDO
 VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a). JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

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

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc. EDNALVA CELESTINA DA SILVA PR. JOSE ROBERTO DE BARROS Data de Nascimento: 14/2/1983 Naturalidade: CAMPINA GRANDE /
 PERNAMBUCO BRASIL Documento: 917488505PE (RG) 12259184455 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade:
 2º GRAU COMPLETO Profissão: FUNCIONARIO PÚBLICO
 Endereço: Residencial RUA 1 DE MAIO, 119, CASA - CEP: 5 - Bairro: VILA SANTO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

JANETE UCHÔA CAVALCANTI (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO
 PERNAMBUCO BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO
 PERNAMBUCO BRASIL

Qualificação da(s) objec(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) (presente ao plantão) JANETE UCHÔA CAVALCANTI -
 Cognome: Jean Everton da Silva Barros

Category: Motos / Motocicleta HONDA CG 150 TITAN EX - Cadeia eixo: Não
 Cor: VERMELHA Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: HJTB034 PERNAMBUCO DATA: 01/01/2018 CHASSIS: 3C2KC081063398740
 Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20.001.710

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902-B, C.
 Rua Visconde - CEP: 50060-100
 PE-Brasil

Fonte: SEPF/PE

UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade (sua) (seu) DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) (sua) DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NAO INFORMADO Clípejo apreendido: Não

Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA PELA AVENIDA SANTA LUZIA NO BAIRRO SANTO AGOSTINHO NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE FOI DESVIAR DE UM CACHORRO E COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA E VEIO CAIR AO CHAO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADA PARA UPA DA CIDADE, LOGO APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTO NADA SOFREU, PORÉM EVADIU-SE DO LOCAL APÓS O ACIDENTE, DIANTE DO EXPOSTO FICA CIENTE ESTA DP.

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

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
(VITIMA)

jean everton da silva barros
B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

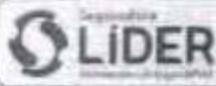
Severino Evaldo do Nascimento
Comissão Especial da Polícia
Mat. 159.816-3



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE 13/09/2019 12:00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclui(s) spo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do vidente ou ASL:

3 - CPF da vítima:

320.591.644-55

4 - Nome completo da vítima:

JEAN EVERTON DA SILVA BONNOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 444/2013

5 - Nome completo:

JEAN EVERTON DA SILVA BONNOS

6 - CPF

320.591.644-55

7 - Profissão:

PENSA

8 - Endereço:

Av. 03 de Maio

9 - Número:

339

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Abundância

12 - Cidade:

Santo Amaro (Cidade do Rio de Janeiro)

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

25191-591

15 - Email:

PENSA

16 - Tel.(DDO)

(011) 99304-6299

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:

 REUSO 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 BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Inclui contas de bancos, agências, fundos, etc.) CONTA CORRENTE (Inclui contas)

Bradesco (37)

Itaú (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1038

CONTA: 25X19

7

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 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 INVALIDEZ DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Peço motivo esclarecido, 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 a ser feita pela Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente da vítima, conforme Lei 6.194/74 art. 37, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 compatrieto(s):

 Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou descendentes?

 Sim Não31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

33 - Vítima deixou Sim Não

34 - Vítima deixou pais/vizinhos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider paga, caso conste, a indemnização do Seguro DPVAT por morte de vários beneficiários que se apresentarem e possuam essa condição, estando certo, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá dar à obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na intralação do artigo 293 do Código Penal.

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

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

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

40 - Local e Data:

São Paulo (SP), 38/09/2019.

Jean Everton da Silva Bonnoss

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001-V002/2018

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da Testemunha

39 - 2º | Nome: 05.802.494/0001-41

CPF:

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura da testemunha

Assinatura da Autora, N° 175, S/ 902 BL C

CPF: 40.060.010

RG: 00000000000000000000

REC/CEP:

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou Adu.: 3 - CPF da vítima: 122.591.644-55 4 - Nome completo da vítima: JEAN EVERTON DO SILVA BONNOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEPE N° 405/2012

5 - Nome completo: JEAN EVERTON DO SILVA BONNOS 6 - CPF: 122.591.644-55

7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua 01 de Maio 9 - Número: 339 10 - Complemento:

11 - Bairro: Santo Agostinho 12 - Cidade: São Luís (MA) 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55191-591

15 - E-mail: AGWV@ 16 - Tel. (DDO): (81) 49304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

REUSO 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 (Corrente para os bancos abaixo. Anexar uma cópia)
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (Nome do Banco): CAIXA

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: 25819

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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, autorização total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para as fins de resgate quanto ao indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo acima citado, no entanto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica acostada da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/76, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão contrárias com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Seu/mae Filho(a) Irmão(a) Neta/neto 26 - Vítima deixou compatriota(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou compatriota(s), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não

Estou ciente de que à Seguradora Lider prestar, caso divirto, a declaração do Seguro DPVAT por morte, hipótese remanescente que se apresentarem e presentem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação de resarcimento ou valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

36 - CPF legal de quem assina o rogo/a pedido

37 - 1^a Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data:

São Luís (MA), 18/09/2019.

Jean Everson do Silva Bonnos

45 Assinatura da vítima/beneficiário (testemunha)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

TRAD. CORRETORA

DE SEGUROS LTD

Assinatura da testemunha

MORTE

NÃO ALTA/OUTRORA

TESTEMUNHA

42 - Assinatura do Representante Legal (de Haver)

FPS 001 VOG2/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do beneficiário ASL:

3 - CPF da vítima:

120.591.644-55

4 - Nome completo da vítima:

JEAN EVERTON DO SILVA BONNOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:

JEAN EVERTON DO SILVA BONNOS

6 - CPF
120.591.644-55

7 - Profissão:

RENDIA

8 - Endereço:

AVO 03 DE MAIO

9 - Número:

339

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SANTO ANTONIO

12 - Cidade:

SAO PAULO (CNPJ 00.129.000/0001-00)

13 - Estado:

PE

14 - CEP:
55191-591

15 - E-mail:

RENDIA

16 - Tel. (DDD)
(11) 99304-6299

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 (ANEKAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO 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 BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, informar uma opção) Bradesco (237) Itau (041) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

[]

CONTA:

[]

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

 CONTA CORRENTE (Itau ou Banco)

Nome do Banco:

PASXA

AGÊNCIA: 1038

CONTA: 25819

[]

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sine die, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

 Não há IML que atende 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 acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desejá-lo, em me submeter à avaliação médica as cuntas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei nº 104/76, art. 3º, §.1º, declarando que essa autorização não significa previsão contratualizada com a minha avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 nascimento da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compatrieto(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos

Falecidos

30 - Vítima deixou:

 Sim Não

residuum (resíduo)?

 Sim Não

31 - Vítima:

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

 Sim Não

Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou:

 Sim Não

NAO AUTORIZADO

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido:

35 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido:

36 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido:

40 - Local e Data:

SAO PAULO (SP) 38/09/2019

20 SET 2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura da testemunha

20 SET 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP-001-V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura da Vítima/beneficiário (detentor)

44 - Assinatura da Vítima/beneficiário (detentor)

45 - Assinatura Vida / Mortalidade (se houver)

RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

NCR / 03060009
c6.

Número do Atendimento

ETIQUETA

TC 0803010154

TC 0206010079

1454013

Data e Hora de Atendimento:
14/07/2019 01:06

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual:

Nr. Pontoário: **1685706** Paciente: **JEAN EVERTON DA SILVA BARROS** Nm. Social:
Data de nascimento: **14/02/1993** Idade: **26a 4m 28d** Sexo: **MASCULINO**
Estado Civil: **UNIÃO CONSEN** Profissão: **Acompanhante: ANA PAULA DOS SANTOS**
DOC ID / Data expedição: **9174469 / 21-Feb-11** Mãe: **EDNALVA CELESTINA DA SILVA**
Pai: **JOSE ROBERTO DE BARROS** Cartão SUS: **700006578919508**

Endereço: **RUA 1 DE MAIO** Número: **119**
Bairro: **SANTO AGOSTINHO** Complemento:
Cidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE** UF: **PE** Telefone: **993871650**

Ocorrências:

Motivo do atendimento: **ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)**

Procedência: **OUTRO HOSPITAL**

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Provedorias: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Ministr. Público <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		Assistente Social

História Clínica: **Traumatismo por acidente de moto
Alcoolizado. Perdeu a consciência no local:
fratura da rádio distal (E).
TCCUA = 15 s/fraan c/ ① TC de ação s/c +
Parcer de Traumatologia**

Atendimento Médico

Péssima de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emetico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Transporte realizado Por: <i>Walter Alves</i>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: <i>14/07/1994/001143</i>	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que?	

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:

B. Respiratório

C. Circulatório

PA: <i>140/87</i>	X: <i>19</i>	rrm: <i>140</i>	P脉: <i>140</i>	Temp: <i>37.5</i>
HOSPITAL DA RESTAURACIÓN				
140/87/19 140/001143				
TRACAO CORRETA				

APÓIO DILADADO
CHAVES

EXAME DE PERTINÊNCIA

Janessa
20/07/2019
HASTEC
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Recife - PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000025819-7

Nr. da Autenticação E69CB3FCD0C9E724



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.458, de 26/04/02

NOTA FISCAL + FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João da Barra, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50030-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | insc. Est. 0002943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARILENE DOS SANTOS RODRIGUES

CPF 020 480 854-58

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 01 DE MAIO 119

STO AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAIBA
SANTA CRUZ DO CAIBARIBE PE
55191-591

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
073380919	UNICA	14/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/08/2019	2010523859	3445481

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7004090203	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO DE PAGAMENTO
21/08/2019	12/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	60,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	67.0000000	0,77545172	51,95
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,80
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 065630386 - 12/06/19			0,87
Multa por atraso-NF 065660385 - 12/06/19			1,48
Juros por atraso-NF 065600385 - 12/06/19			0,98
Atualização IGPM-NF 065660385 - 12/06/19			0,94

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PF



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-062
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARILENE DOS SANTOS RODRIGUES

CPF 020 480 854-58

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 01 DE MAIO 119

STO AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAIABA
SANTA CRUZ DO CAIABARIBE PE
55191-591

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
0733809-9	UNICA	14/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/08/2019	2010523859	3445461

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
7004090203	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PAGAMENTO LEVADA
21/08/2019	12/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	60,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87.0000000	0,77545172	51,95
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,80
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenções-CDE-NF 06566030305-12/08/19			0,67
Multa por atraso-NF 065660305-13/08/19			1,48
Juros por atraso-NF 065660305-12/08/19			0,98
Atualização ICPM-NF 065660305-12/08/19			0,94

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl 902 BL C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

NCR/030600009
C6.

TR 0303090154

ETIQUETA

TE 030600099

Número do Atendimento

1454013

Data e Hora de Atendimento:
14/07/2019 01:06

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL

Atendimento Manual:

Nº Prontuário 1685706 Paciente: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
Data de nascimento: 14/02/1993 Idade: 26a 4m 28d

Nm. Social:

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: UNIÃO CONSEN Profissão:

Acompanhante: ANA PAULA DOS SANTOS

DOC ID / Data expedição:
9174469 / 21-Fev-11 Mkt: EDNALVA CELESTINA DA SILVA
Pai: JOSE ROBERTO DE BARROS

Cartão SUS: 700006578919508
Número 119
Complemento:

Endereço: RUA 1 DE MAIO
Bairro: SANTO AGOSTINHO
Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

UF: PE Telefone: 993871650

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de nome:

Confirmação de endereço:

Provavelmente: Alta Caso Social

Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons. Tutelar Delegacias Minist. Públ.

Outros

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

Traumatismo por acidente de moto
Alcoolizado. Perdeu o controle no local:
fratura da rádio distal E.

TCCIA = 15 s/fecan C: 10 TC de cura s/c
Parceria de Traumatologia

Abandono Médico

Perda de consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo:

Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Qu?

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp:

B: Respiratório

C: Circulatório	PA:	X mmHg	P脉:	140/80 mmHg
-----------------	-----	--------	-----	-------------

APOIO DAUXADO

ENTRADA
APTO 101

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 14/07/2019 00:53

	Nome Paciente:	JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
	Cod. Paciente:	
	Data de Nascimento:	14/02/1993
	Sexo:	Masculino
	Idade:	26
	Senha:	U0003
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME

Período: 14/07/2019 00:57 - 14/07/2019 00:59

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Clínica Principal:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO HA CERCA DE 03 HORAS COM PERDA DE CONSCIENCIA. APRESENTA ABALAMENTO EM REGIÃO RETROAUSTRICULAR ESQUERDA, OTORRAGIA A ESQUERDA, ALCOOLIZADO, QUEIXA SE DE DOR NO OUVIDO ESQUERDO. RX EVIDENCIADA FRATURA DE RÁDIO DISTAL.

Observação:

SENHA 5726777

Fluxograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinal: Vias Lidas:

- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

- REGUA DE DOR: 7

* CG*

Paciente vítima de colisão moto-moto, ao exame
consciente + orientado, ausente pulmões com MV +
intubado, SPO₂ 95%, sedativo apac. profundo
colposensit., inad. LX de 102x7 gm evidências de
hemopneumotórax, seu cotovelo lux. LX de pulm.
sem alterações.

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

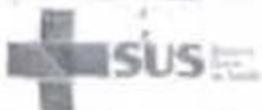
Rua da Aurora, 16 175.31.952 BLC
Rosário - CEP 50.063-010
RS/CEP-PR

CD
1. Alta da CG
2. Ag. ambulatório NCE +
torau medicina

+ Drs Barroso.

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 14/07/2019 00:59



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)**



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital da Restauração	2 - CNES _____ 0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____	4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Teau Riverton da Silveira Barros	6 - N° DO PRONTUÁRIO 145/01
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____	8 - DATA DE NASCIMENTO _____
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____	10 - TELEFONE DE CONTATO _____
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA _____	12 - TELEFONE DE CONTATO _____

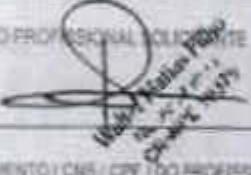
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Tomografia de Círculo (Skantreto).	14 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTDE _____
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____	16 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTDE _____
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____	18 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTDE _____
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____	20 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTDE _____
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____	22 - CÓD. PROCEDIMENTO _____ QTDE _____ 0219

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE .

14/07/13
Vanessa

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 	24 - PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Vanessa Pinto	25 - DATA DA SOLICITAÇÃO 14.07.13.
26 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____	27 - ASSINATURA E CARMÉO / N° DO REGISTRO E CONSELHO _____	

AUTORIZAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____	29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 05.802.494/0001-41
30 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____	31 - ASSINATURA E CARMÉO / N° DO REGISTRO E CONSELHO TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 20.11.2013

Vila da Aurora, nº 175, 9.902-500
Res. Vista - CEP: 50.050-110 Cod. 0421
07/08/13



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NCR

Paciente retorna da tomografia. Consciente, Orientado sem déficit aparentes, PIFR, eCG 15

TC de crânio: Sem lesões neurocirúrgicas agudas.

DIA Alta da Neurocirurgia
Ortopédica

gef

Traumatologia # 24/07/13 OP:302

Paciente retorna de consulta neurocirúrgica com dor no joelho relatando dor local

No exame apresentando dor intensa no joelho (1) com amplitude de movimento dolorosa. Nós patelares

Classifico como 1º grau problema no joelho devido a (2)

Infiltrado pleural no interior do joelho (3)

(4) (4) dor leve para caminhar

(5) alta no extensor da rotina no embolismo

~~Assinatura~~
~~Assinatura~~
~~Assinatura~~

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2010

Rua da Aurora, nº 125, M. 902 B. C.
Bela Vista - CEP 50.000-000
50.000-000

COD. 0123



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia
Evolução de Enfermagem



PERNAMBUCO

Paciente : Juan Escrivá Fecha : 1/1/01

Enfermeira _____ Leito _____ Hipótese Diagnóstica _____

Glossary

Albertas Ocular	Resposta Vertebral		
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ativa (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Síntese incompreensível (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obediente (5 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexo - e/ ou extensor (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (descrit. XG pts.) <input type="checkbox"/> Extensão e/ ou dorsoflex. (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	
IBM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Francot:	Total <u>35</u> pontos	
A- Perta mictória e sensibilidade completa D- Monossilabática presente	B- Apres. sensibilidade preservada E- Rítomo sensitivo e motor acompleto (pode haver anormalidade os reflexos).	C - Minicuidade não funcional presente	
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outra: Qual:			
Motricidade: <input checked="" type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> RI _____	<input type="checkbox"/> Sem Ataxia.		
Diss:			
<input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Zona Oral	<input type="checkbox"/> SNO <input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrorinite	<input type="checkbox"/> Gaengue <input type="checkbox"/> Alerta
Eliminações/Defecções: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação _____ dias <input type="checkbox"/> Diarreia _____			
Orcos: <input type="checkbox"/> Externos <input type="checkbox"/> Internos Utinato <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> IVD Aspecto:			
Pela: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Perda Operatória: Data da Cirurgia: _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Bloco de desconto			
Localização: _____	Localizado:	Exágio: _____	
Outras:			
Estarreia:			
Fatigues:			
Paroxismos:			
Observações (Dúrias / Rotinas): <u>Signos laterais, alto do TCC em clínica</u>			
pela:			
	Ass: _____		

Date: _____ / _____ / _____

Glosogone		Resposta Verbal			
<input type="checkbox"/> Expondo (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)		<input type="checkbox"/> Orientado / Comunicando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras incoerentes (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)		<input type="checkbox"/> Obsessivo (5 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Falso - si localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Falso anormal (desord. 83 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado (desconect.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	
				Total _____ pontos	
TAM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Principal _____			
A - Perda intencional sensitiva corporal		B - Alterações sensibilidade passivamente		C - Motivação não funcional presente	
D - Anestesia funcional presente		E - Refleto sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)			
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros _____		Ocaso: _____			
Vestibular: <input type="checkbox"/> ATN _____ <input type="checkbox"/> AHO _____ <input type="checkbox"/> JH _____		<input type="checkbox"/> Sem Ansios.			
Sens:					
<input type="checkbox"/> Zero		<input type="checkbox"/> SNG		<input type="checkbox"/> SAN	
<input type="checkbox"/> Via Oral		<input type="checkbox"/> SOG		<input type="checkbox"/> Gastrostomia	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Compreensão _____ dia		<input type="checkbox"/> Diátese _____	
Drenar: <input type="checkbox"/> Espontâneo		<input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário		<input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> DVD Aperto: _____	
<input type="checkbox"/> Dic: <input type="checkbox"/> Integro		<input type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Função Operatória: Data da Cirurgia: _____		<input type="checkbox"/> Mover os dedos		05.902.494/0001-4	
Localização: _____		Localização: _____		TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
Química: _____				Endereço: _____	
Exames: _____				Data: 20 SET 2019	
Terapias: _____					
Orientações: (Humanas / Naturais): _____				Ass: _____	
Dúvidas: _____				Heredit: _____	



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 29/07/2018 11:00hr
Serviço.....: ORTOPEDIA MAO/PUNHO
Médico.....: 1155 - LUIS FELIPE E SILVA LESSA FERREIRA
Agenda.....: 49301

Informações do Paciente

Paciente.....: 1685706 Same.....:
Nome.....: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial (81) - 993871650 / Celular (-) Nasc.....: 14/02/1993
Endereço.....: RUA PRIMEIRO DE MAIO, 119 - SANTO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIB
Cidade.....: RECIFE

Agendado por.....: RANIELLERASN

flávio

15/08 - 11h

Dr. Luis Felipe Lessa
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mao / Microcirurgia
CRM: 10776 - CRIT: 14327 / RG: 3

05.802.494/0001-8
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 957 716

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50020-200
Recife - PE

* Traumatologia *

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1685706

Nome: Jean Everton da Silva Bonino

Foi atendido às 01:06 hs. do dia 14/10/2013

Diagnóstico Provável: Fratura de estilóide do
médio. CIA - 10 - 5.52

Treatment Realizado: Tratamento conservador
com gesso fixa para exofase;

Observação: 1. Afastamento das atividades laborais
por 30 dias;
2. ao ambulatório da mão do HR, após 15 dias.

Alta: 14/10/13
09:40

Dr. Aymer Alencar
Médico
CRMPE 5.665.793
Médico - CRM N°

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DESENCRITADA

205 - 27

Av. da Fumaça, nº 175, 13º and.
Belo Horizonte - MG - 30160-000

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0157



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Jean Eunice da Silva Basso

Encaminhamento HR - 5726777
Hospital Nurocirurgia/On-
Restauração topedra.

Pct, 26 anos, vítima de colisão moto x moto, alcoolizados com história de perda de consciência após acidente.

Com abalamento em região retro auricular (E) com otomagia à esquerda.

Paciente com Glasgow 15/15, ERG, eupnico em ambiente, apreensão como queixas ou dor no punho (D)
Rx: Evidente fratura de rádio
Data: 13/07/2019 distal (D).

MÉDICO

05.802.494/0001-47
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Nome: _____
Medicamentos: _____

Angelo Mendonça / Clínica
Rg.: _____
CRM-PB/1700CRM PB11387

Data: ____/____/____

Rua da Amizade, nº 175 - 5º andar
Bela Vista - CEP: 58060-000
Belo Horizonte - MG

MÉDICO

05.802.494/0001-41
TRIAGÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 51.710

Rua da Aurora, 10175-30002 Bl. C
Boa Vista - CEP 99060-010
Nº 11-21

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (MATERIAL DA FONTE)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE

16/7/19

DATA DO FIM DO TRATAMENTO MÉDICO

14/7/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Gisele Oliveira da Silva Bonato

LEGÍCIA FALADA VÁLIDA DO ACIDENTE:

Fratura de Rodo distal

DADOS RELATIVOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

Tratamento conservador de rotura de
rodo distal Alta 23/7/19

ALTA MÉDICA?

 SIM NÃOEXISTE ALGUM DEFÍCITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [] SIM NÃO

PODE EXISTIR A INVALIDEZ FUTURA DE CULMINAR COM:

 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

TODAS AS INFORMAÇÕES FORAM CONFERIDAS. INSTRUÍDO(A) A ASSINAR O SEGUNDO UNDERRISCADO

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

Perdeu sentimento na mão extensora
 do membro inferior de movimento de extensão
 e flexão. Perda de movimento de
 adução: limitado o tempo
 75% grave

AFIRMO QUE ASSINEI E SOU AVALIADO A VÍTIMA NO PÉRIODO DE Muito
 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Conforme

31/8/19/0001-41

CORRÊA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Victor Lospim
Operador de Automóveis
Assinante de ImprensaRua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-05

CERTAIN VOCABULARY OF IDENTIFICATION NAMES IN RUSSIAN



da Silva Gauvin

Conventions

05.802.414/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

250

Rua da Águia, 175, SL 902 BL E
9001-000 - 50.066-010

Rua da Aurora
802 Vila

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO

DATA DE
EXPEDIÇÃO

9.174.469

21/02/2011

NOME

<< JEAN EVERTON DA SILVA BARROS >>

PLACÃO

<< JOSE ROBERTO DE BARROS >>

<< EDNALVA CELESTINA DA SILVA >>

MUNICÍPIO

DATA DE NASCIMENTO

CAMPINA GRANDE - PB

14/02/1993

DOCUMENTO

<< CN.20553 L.18-AA F.102 CART.SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 03.11.1994 >>

ASSOCIAÇÃO DO PIREM

ENTREVISTA DE 2014/2015

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
122.591.644-55

Nome
JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Nascimento
14/02/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PARANÁ - CAC-05

SUCESSOR DA MESA SOCIAL
TÍTULO DE IDENTIFICAÇÃO PÚBLICO



John Constança da Silva Barros

ASSINATURA AUTÔNOMA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.411-0001-41
TRACADAS CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2013-07-19

Rua da Aurora, 175, SL 802 BL C
Boa Vista - 50.060-010
RJ - PF

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MARCA DO

ESTADO

MUNICÍPIO

9.174.469

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21/02/2011

NOME

SEXO

PAÍS

UF

PAÍS</



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
122.591.644-55

Nome

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Nascimento
14/02/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Flóia Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	ODO RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	891043152	*****	2012

NOME

JANETE UCHON CAVALCANTI

S C CABIBARIEE PE

0

DPL / CNPJ

641.150-624-37

PLACA

KJT5034

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

902KC06106R899740

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLOTA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN

ANO FAB / ANO VOL

2006 / 2006

CAP / POT / CIL

28/149CL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

PARTIC

VERMELHA

COTA UNICA

I
P
V
A
I
PVVA 2012 QUITADO

VENC. COTA UNICA

VENC / GOTAS

FAIXA IPVA

PAGAMENTO / GOTAS

1^a *****

I

2^a *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURÓ PAGO

RESERVAÇÕES

05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, nº 375, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

SEM RESERVAMENTO DA PLACA

NAO VÁDO P

DATA

28/03/13

LIGAL

Nome de Sônia Demexico E. Costa

Patrônio Presidente DPT2 AM/CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200026276 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio direito.

Descrição do exame físico: Ao exame vítima apresenta redução da amplitude de movimento do punho direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

GARTA

A SEGURADORA LÍDER DO CONSELHO DO SEGURO DPVAT

DATA DO ACIDENTE: 14/07/2019

DE JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

**ASSUNTO: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO COM A FIRMA RECONHECIDA POR
AUTENTICIDADE EM CARTÓRIO
(EXIGÊNCIA)**

Prezado(a)is.

Em atendimento a Vossa exigência, venho por meio desta informar que, toda a documentação elencada em Lei para o recebimento do seguro DPVAT já foi enviada a essa conceituada empresa, não tendo qualquer cabimento a nova exigência administrativa da declaração do proprietário do veículo, com a firma reconhecida em cartório por autenticidade, já que o mesmo encontra-se em local incerto e não sabido e/ou esta se recusando para tanto. Ademais informo que, caso a seguradora Líder entenda necessária, seja realizada a auditoria competente, no intuito de ser ratificada todas as informações constantes no(s) documento(s) já apresentado(s).

Dante desta situação, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários, bem como que, não sendo dada uma solução para este impasse, tomarei as medidas judiciais cabíveis, tendo em vista que todos os documentos mencionados em Lei para o recebimento do seguro DPVAT já foram devidamente enviados, não podendo, destarte, a norma administrativa sobrepor-se ao dispositivo Legal.

Sem mais, fico no aguardo!

Santa Cruz do Capibaribe [PE] 10 de setembro de 2019

Jean Everton da Silva Barros

Documentos para AUTENTICIDADE e EXISTÊNCIA da (1) JESUS EVERETT
DR SILVA BARROS
Sou da Santa Cruz - Campanha - 10/09/2018 - Total: R\$ 50,00
De Testeamento - De testemunha
Joaquim Lima da Costa Souza - Exponente
Número: 0708487 MM20180101-07628
• Consulte materializado em [www.tjrs.jus.br/cead/cead.html](http://www.tjrs.jus.br/pt/cead/cead.html)

05.802-494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20.5.2019
Rua da Aurora, nº 175, 51.902-010
Boa Vista - CEP: 50.060-010
SFI ST-DE

Scanned by CamScanner

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381950/19

Vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

CPF: 122.591.644-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2019

Titular do CPF: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS : 122.591.644-55

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: 31/10/2019
Nome: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
CPF: 122.591.644-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Steffany Caroliny Lins Veloso

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200026276**

Nome do(a) Examinado(a): **JEAN EVERTON DA SILVA BARROS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Primeiro de Maio, 119 - Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP 55191-591

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9174469**

Data e local do acidente: [**14/07/2019**] **Santa Cruz do Capibaribe**

Data e local do exame: [**24/01/2020**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura distal do rádio direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame vítima apresenta redução da amplitude de movimento do punho direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações. Alta médica

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE