
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

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, 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 (x) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

322.591.644-55

JEAN EVERTON DA SILVA BARRAS

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

5 - Nome completo:

JEAN EVERTON DA SILVA BARRAS

6 - CPF:

322.591.644-55

7 - Profissão:

RGMP

8 - Endereço:

Rua 03 DE MARÇO

9 - Número:

339

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa AGUSTINHA

12 - Cidade:

Santa CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55191-591

15 - E-mail:

RGMP

16 - Tel. (DDD):

(81) 48304-6299

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUQUANÇA (Somente para as contas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

PASXA

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

1038

CONTA:

25819

7

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as curvas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6º, § 1º, da Lei nº 12.474/11, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso decorrente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (na Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(s):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vócos vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que eu nomear e aprovar nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - 1ª Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

Santa CRUZ (PE), 38/09/2019.

20.09.2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
43 - Assinatura do representante legal (se houver)
RECIFE-PE

CAIXA

CONTA CORRENTE



543689 0010 63108 6055

JEAN EVERTON SILVA BARROS

VALID
THRU 10/24

1033 001 00025819-7

MasterCard

débito

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

122.591.644-55 JEAN EVERTON DA SILVA BARRAS

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

JEAN EVERTON DA SILVA BARRAS 122.591.644-55

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

AGUA Rua 01 de Maio 119

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

Santa Augusta Santa Cruz Capibaribe PE 55191-591

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

AGUA (81) 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$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 POUPOANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: PAXA

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25819 7

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resbolsos 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 (assinale 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.

Fale motivo atenuado, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.714/76, 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 irmãos/irmãs? ☐ 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 LIDER pagará, caso enviada a indenização do Seguro DPVAT por morte, apenas beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 303 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - 1ª Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: 05.802.494/0001-41
CPF: TRACAO CORRETOIRA DE SEGUROS LTDA

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 20/09/2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
R. CIFE-PE

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA

CONTA CORRENTE



60689 0010 63108 6055

JEAN EVERTON SILVA BARROS

VALID
THRU 10/24

1033 001 00025819-7

MasterCard

débito

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

322.591.644-55

JEAN EVERTON DA SILVA BARRON

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: 6 - CPF:

JEAN EVERTON DA SILVA BARRON

322.591.644-55

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

RENTA

RUA DE MATA

359

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

Santa Abastinhas

Santa Cruz do Capibaribe

PE

55191.591

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

RENTA

(81) 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: PAIXA

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25819 7

(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 da 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 não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo exposto, solicito a prossecução 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

34 - 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 representante? ☐ 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 passarem 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 179 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido: 35 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido: 37 - [1ª] Assinatura de quem assina o rogo/a pedido:

38 - 2ª | Nome: 39 - 2ª | Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

CPF: 05.802.494/0001-41

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

CPF: 05.802.494/0001-41

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

CPF: 05.802.494/0001-41

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FEI.001-V002/2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
RECIFE-PE

CAIXA

CONTA CORRENTE



53689 0010 63108 6055

JEAN EVERTON SILVA BARROS

VALID
THRU 10/24

1033 001 00025819-7

MasterCard

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOIÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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: MUNICÍPIO 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 da Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JANETE UCHOA 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 - Data de Nascimento: 14/2/1992 - Nacionalidade: CAMPINA GRANDE / PARAIBA - BRASIL - Documentos: 917468505/PE (RG) 13259164485 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º, GRAU COMPLETO Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO
Endereço Residência: RUA 1 DE MAIO, 119, CASA - CEP: 0 - Bairro: VILA SANTO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

JANETE UCHOA CAVALCANTI (não presente ao plantão) - Sexo Feminino - Nacionalidade: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

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

Placa: NJT9924 - PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - Chassi: 9C2KCB8106H889746
Ano/Fabricação/Modelo: 2006/2006 - Combustível: GASOLINA



UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade (do/a) (de/a) DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) (de/a) DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto 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 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 UP.

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 NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITA - DP64°CIRC
DINTER/12º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000891

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/09/2019 às 09:29
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JANETE UCHOA CAVALCANTI (OUTRO)
JEAN EVERTON DA SILVA BARROS (VÍTIMA)



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 do(a) pessoa(s) envolvida(s)

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: EDNALVA CELESTINA DA SILVA - Pai: JOSÉ ROBERTO DE BARROS Data de Nascimento: 14/2/1993 Naturalidade: CAMPINA GRANDE / PARAIBA / BRASIL Documentos: 917409505/PE (RG) 12259184455 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO
Endereço Residencial: RUA 1 DE MAIO, 119, CASA - CEP: 8 - Bairro: VILA SANTO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

JANETE UCHOA 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 do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JANETE UCHOA CAVALCANTI
Do(a) Sr(a): JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
Características: MOTOCICLETA HONDA CG 180 TITAN ES Cor: PRETA
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Rev. KJTB034/PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/Chassi: 9C2KCB0106R898740
Ano Fabricação/Motor: 2004/2006 Combustível: GASOLINA

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20.05.2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL. C
Roz. Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

10/09/2019 12:00

UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto quantidade: 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 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 UP.

Assinatura do(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: 158.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 158.816-3



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51 902 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE 18/09/2019 12:00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASE: _____ 3 - CPF da vítima: 322.591.644-55 4 - Nome completo da vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARRON

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2013

 5 - Nome completo: JEAN EVERTON DA SILVA BARRON 6 - CPF: 322.591.644-55
 7 - Profissão: REDA 8 - Endereço: Rua dos Deuses 9 - Número: 319 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Santa Augusta 12 - Cidade: Santa Cruz do Capibaribe 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55191-591
 15 - E-mail: REDA 16 - Tel. (DDD) (81) 99304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para as faixas acima. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (somente para as faixas acima):
 Nome do BANCO: CAIXA
 AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25819 7
(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 a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito a prossecução 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div.) ☐ 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 irmãos? ☐ 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 direito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da 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 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data: Santa Cruz (PE) 18/09/2019.
JEAN EVERTON DA SILVA BARRON
 (Assinatura da vítima/beneficiário/declarante)

 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 RECIFE-PE
 41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ADJ: 3 - CPF da vítima: 122.591.644-55 4 - Nome completo da vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARRAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: JEAN EVERTON DA SILVA BARRAS 6 - CPF: 122.591.644-55
7 - Profissão: AGENTE 8 - Endereço: Rua 03 DE MAIO 9 - Número: 119 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santo Antônio 12 - Cidade: Santa Cruz do Capibaribe 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55191-591
15 - E-mail: agniva 16 - Tel (DDD): (81) 49304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (Somente para as bancas abaixo. Anexe uma cópia) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: PAXA
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25819 7
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo acima, 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 as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 1394/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou marido (ou mulher)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (1ª) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Santa Cruz (PE), 18/09/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (destacando)

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001.V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

122.591.644-55

JEAN EVERTON DA SILVA BONNOS

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:

JEAN EVERTON DA SILVA BONNOS

122.591.644-55

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

RENTA

RUA 03 DE MAIO

319

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

Santa Augusta

Santa Cruz do Capibaribe

PE

55191-591

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

RENTA

(81) 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:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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 citados. Anote o nome e o tipo)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: PAXA

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 25819 7

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinado, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - 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 casamento(s) ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima deixou pais/avós falecidos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devolva, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Santa Cruz (PE), 18/09/2019.

20 SET 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (Declaração)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-DOL 1002/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

TR 0303090154 ETIQUETA

Número do Atendimento

TR 020600099

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	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-Fev-11	Mãe: EDNALVA CELESTINA DA SILVA	Cartão SUS: 700006578919508	
	Pai: JOSE ROBERTO DE BARROS		
Endereço: RUA 1 DE MAIO		Numero 119	
Bairro: SANTO AGOSTINHO		Complemento:	
Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE		UF: PE Telefone: 993871650	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)			
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:			
Provisões: 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"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/>			
Observação:			Assistente Social
História Clínica: Traumatismo por acidente de moto Alcoolizado. Perda de consciência no local. fratura do rádio distal (E). ECGA = 15 s/fran c/ 1 DTC de aririo x/t Painel de Traumatismo			
Atendimento Médico:			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo:			
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 pervia: 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: X mmHg Pulso: bpm			

APPROVADO

Assinatura

SEMPRE ELECTUO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RUA DA AMERICA, 10.175, 31.903 III, C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
PELOREIRO

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



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 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARILENE DOS SANTOS RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 01 DE MAIO 119

CPF 020 480 854-58

STO AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAPIBA
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55191-591

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO

7004090203

MÊS/ANO

08/2019

DATA DE VENCIMENTO

21/08/2019

DATA PREVISTA PARA A QUITAÇÃO

12/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

60,38

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
073360819	UNICA	14/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/08/2019	2010523859	3445481

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	67,0000000	0,77645172	51,85
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,60
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 065630385-12/06/19			0,87
Multa por atraso-NF 065660365-12/06/19			1,48
Juros por atraso-NF 065660365-12/06/19			0,98
Atualização IGP-M-NF 065660365-12/06/19			0,84

05.802.494/0001-43
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

**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 50050-262

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

CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA 01 DE MAIO 119

STD AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAPIBA
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55191-591

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
0733609-9	UNICA	14/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/08/2019	2010523859	3445481

CONTA CONTRATO

7004090203

MÊS/ANO

08/2019

DATA DE VENCIMENTO

21/08/2019

DATA PRE-VISTA PROXIMA LETURA

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 065660365-12/08/19			0,87
Multa por atraso-NF 065660365-12/08/19			1,48
Juros por atraso-NF 065660365-12/08/19			0,98
Atualização IGPM-NF 065660365-12/08/19			0,84

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

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 Sexo: MASCULINO
Estado Civil: UNIDO CONSEN Profissão: Acompanhante: ANA PAULA DOS SANTOS

DOC ID / Data expedição: 9174469 / 21-Fev-11 Mãe: EDNALVA CELESTINA DA SILVA
Pai: JOSE ROBERTO DE BARROS Cartão SUS: 700006578919508

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:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐

Outros ☐

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

Traumatismo por acidente de moto
Alcoholizado. Perda de consciência no local.
fratura da rádio distal (E).

TCGA = 15 s/fran. c/ 1 DTC de arto xct
Painel de Traumatismo

Atendimento 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 Quê?

Exame Físico:

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

B: Respiratório

C: Circulatório

PA

X

mmHg

Pulso:

bpm

140/90/70

TRAÇÃO CORRETA

DE STOMOCALC

20 SET 19

APOIO DAIXADO

Assinatura

ASSINATURA

TRAÇÃO

RUA DE APOIO, Nº 125, SL 902 BL-C

BOM VIZO - CEP: 50.060-010

REC-1.27

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
Cód. 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

Paciente:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO HA CERCA DE 03 HORAS COM PERDA DE CONSCIENCIA, APRESENTA ABAULAMENTO EM REGIÃO RETROAURICULAR ESQUERDA, OTORRAGIA A ESQUERDA, ALCOOLIZADO, QUEIXA SE DE DOR NO OUVIDO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DE RADIO DISTAL

Observação:

SENHA 5726777

Fluxograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 7

* CG *

Paciente vítima de colisão moto-moto, ao exame
corrente, contusões, aumento pulmonar com ru-
chidos, S.O. 20, 45, abdome firme, dor
colapso, indur. Lx de tórax em evidência de
hemopneumotórax, sem contusões na Lx de pulm
em alterações.

CD: 1. Alta da CG
2. Af. quadril NCL+
3. Trau. maxilogia

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175-3L 902 BL. C
Rio Vista - CEP: 50.062-010
RECIFE-PE

+Dro. Paulo

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

Data impressão: 14/07/2019 00:59

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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

Paulo Roberto da Silva Barros

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1456013

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 crânio (S/contrast).

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

14.07.19

Vanessa

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14.07.19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORES

DE SEGUROS LTDA

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

20.01.2019

Vista da Aurora - N.º 175, SL 902 BL. C

Rua Vista - CEP-50.060-010 Cod. 0421

07/07/19



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, PPR, age 15
TC de crânio: Sem lesões neurológicas agudas.

CD: Alta da Neurocirurgia
A Ortopedia

Dr. R. F. S. Costa
Médico Assistente
Neurocirurgia
01/07/2023

11444444444 # 24/07/23 08:30h

Paciente retorna ao quarto neurocirúrgico com trauma em punho
A relatando dor local.

Do mesmo apresentando lesão aberta em punho A com exposição das
superfícies das tendões. N/A.

Clínica com 8 em escala de dor de 0 a 10.

Imagem radiográfica de punho A.

CD: A. G. para punho A.

A. G. de punho A com retorno ao consultório.

Dr. R. F. S. Costa
Médico Assistente
Neurocirurgia
01/07/2023

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2023

Rua da Aurora, 141, 125, 51.902-910, C
Rua Vista - CEP: 50.060-910
RECIFE-PE

COD. 0123

Paciente: João Everton Data: 1 / 1 / 1

Enfermagem: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow

Alerta Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obediente (5 pts.)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - a/ localiz. (4 pts.)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (desort. 3 pts.)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão / descoord. (2 pts.)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)

Total: 35 pontos

TBM ☐ Sim ☐ Não Fratura: _____

A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente E - Reflexo sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros: _____ Qual: _____

Verificadas: ☒ AVP ☐ AVC ☐ RH ☐ Sem Acesso

Díscos: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gargem ☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☐ Normal ☐ Constipação ☐ Diarreia

Diurese: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Unidiret. ☐ S/A ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Quem: _____

Exames: _____

Parâmetros: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): Sigilo integral, alta da UCR em 08h para internamento em clínica

Ass: _____

Data: ____/____/____

Glasgow

Alerta Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input type="checkbox"/> Obediente (5 pts.)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - a/ localiz. (4 pts.)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (desort. 3 pts.)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão / descoord. (2 pts.)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)

Total: _____ pontos

TBM ☐ Sim ☐ Não Fratura: _____

A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente E - Reflexo sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros: _____ Qual: _____

Verificadas: ☐ AVP ☐ AVC ☐ RH ☐ Sem Acesso

Díscos: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gargem ☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☐ Normal ☐ Constipação ☐ Diarreia

Diurese: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Unidiret. ☐ S/A ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Quem: _____

Exames: _____

Parâmetros: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): _____

Ass: _____



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 25/07/2019 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

Flavio

15/02 - 11h

Dr. Luis Felipe Lessa
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia de Mão/ Microcirurgia
CRM: 10776 / RBO: 14320 / RQE: 1111

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEQUELOS LÍTIOS

20 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 304, B.L. V
Bom Vista - CEP: 51060-010
RECIFE - PE

• Traumatologia •

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1685706

Nome: JEAN EVERTON DA SILVA BONFIM

Foi atendido às 01:06 hs. do dia 14 / 04 / 2013

Diagnóstico Provável: Fratura de estilóide do
radio. CID - 10: S.52

Tratamento Realizado: Tratamento conservador
com gesso luva para exaoloides;

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

Cópia de:

Alta: 14/04/13

09:40

Dr. Ayner Alexsandro

MÉDICO
CREMEPE 26.792

Médico - CRM Nº

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS - ITAÚ

20.55.27

João da Aurora, Nº 175, 14.902 BL. 1
Ima Vista - CEP: 51065-010

ATENÇÃO: Este documento destina-se a 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.

Cód. 0157



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Jean Guendon da Silva Barros

Encaminhamento HK - 5726777

Hospital Neurocirurgia/Ortopedia
Residência

Pct, 26 anos, vítima de colisão
moto x moto, alcoolizado com his-
tória de perda de consciência após
acidente.

Com abalamento em região retro-
auricular (C) com otomagia à esqui-
da.

Paciente com Glasgow 15/15, ERG, exp-
reído em ambiente, apêndice como
queixas de dor no punho (D)

Rx: Evidência fratura de rádio
Data: 13/07/2019 distal (D).

MÉDICO

Nome: _____

Medicamentos: _____

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEQUÊNCIA

20 SET 2019

Angela M. Guendon I. Chaga
Rg.: _____

CRM-PE/211111CRM 1811387

Data: ____/____/____

Rua da Aurora, nº 175, 55.000-000
Itaú Valley - CEP: 55000-000
RECANTO

MÉDICO



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20.01.778
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50060-010
11711-21

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	16/7/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	14/7/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
Eduardo da Silva Bonin			
LESIONES PREEXISTENTES DO ACIDENTE:			
Fratura de Redo distal			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):			
Tratamento conservador de fratura de Redo distal Alta 23/7/19			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCRIVER:			
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCRIVER:			
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO.			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRUPO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL (RESPONDENDO ÀS PERGUNTAS DO ANEXO II)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1	Período presente e futuro articular
2	do membro inferior do movimento de extensão
3	flexão
4	Tronco de movimentos de
5	rotação: Interno e externo
6	75% Grave

AVALIAÇÃO QUE ASSISTI E/OU AVALIA A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 DIAS ANTES DO ACIDENTE, E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
Assinatura do Médico	31/8/19
Assinatura da Vítima	

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

Vitor Caspim
Otorrinolaringologista
CRM 121.111/PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CAC-05

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL



Assinatura do Titular: *João Everton da Silva Goulão*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.404/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20/07/2010

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Bosque Velloso - 50.068-010
RECIFE - PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
NÚMERO

9.174.469

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21/02/2011

NOME

<< JEAN EVERTON DA SILVA BARROS >>

PLACÃO

<< JOSÉ ROBERTO DE BARROS >>

<< EDNALVA CELESTINA DA SILVA >>

NATALIDADE

CAMPINA GRANDE - PB

DATA DE NASCIMENTO

14/02/1993

DOCUMENTO

<< CN.20353 L.18-AA F.102 CART.SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 03.11.1994 >>

CPF

ASSINADO DO DIRETOR

LETRA 7 DE 2008/53

Delegado de Polícia Civil do Estado

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

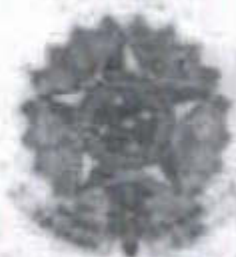
20 SET 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CAC-05

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



Assinatura do Titular
João Evangelista da Silva Barros

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.454/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2019

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - PE 50.064-010

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA
NÚMERO

9.174.469

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21/02/2011

NOME

<< JEAN EVERTON DA SILVA BARROS >>

ENDEREÇO

<< JOSE ROBERTO DE BARROS >>

<< EDNALVA CELESTINA DA SILVA >>

MUNICÍPIO

CAMPINA GRANDE - PB

DATA DE NASCIMENTO

14/02/1993

DIGITADOR

<< CN.20353 L.18-AA F.102 CART.SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 03.11.1994 >>

CPF

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

15/07/2008

Programa de Proteção Social do Cidadão

F-42 20.197 - 3012

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 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

05.802.494/0001-41
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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 9305217082

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME
JANETE UCHON CAVALCANTI
3 C CARIBARIÉ-PE

CPF / CNPJ	PLACA
641.150-624-87	KJT5004

PLACA ANT. / UF	CHASSI
***** / PE	902RC06106R699740

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB. / ANO MOD.
HONDA / CG 150 TITAN	2008 / 2008

CAP. / POT. / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
28 / 149CL	2ARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA 2012 QUITA		1ª *****
FAIXA IPVA	PAGAMENTO / COTAS	2ª *****
1	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO			

RESERVA	RESERVA
SEM RESERVA	
DOCUMENTO DA	
NAO VALIDO P	

LOCAL	DATA
3 C CARIBARIÉ	28/03/12

Maria da Fátima Denerria R. Costa

Dirigente Presidente DETRAN/PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 SET 2019

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381950/19

Vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

CPF: 122.591.644-55

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Steffany Carolyn 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. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] 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 R. Madeira
CRM - 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE