



Número: **0081888-56.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74733514	05/02/2021 16:45	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190217480

Vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14088958





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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190217480

Vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001296

Conta: 0000028233-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190217480

Cidade: Itapetim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Data do acidente: 03/12/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

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

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:**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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **119.276.884-18** Nome completo da vítima: **ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS**

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

Nome completo: **ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS** CPF: **119.276.884-18**
 Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **EZ CACIMBA SALGADA** Número: **710** Complemento: **CRSA**
 Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **JATAPETIM** Estado: **PE** CEP: **56720-000**
 E-mail: _____ Tel. (DDD): **(85) 99998-1477**

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (541)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: **1296** **13** CONTA: **24233** **8** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vós nascidos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Importância digital na vítima ou beneficiário não atestada
 Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Alan Leonardo Alves dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

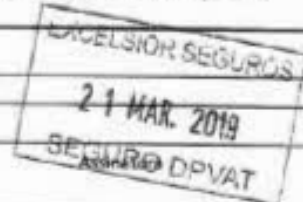
1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



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

SEC 004 1/001/2013





07/02/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 170ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM - DP170ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0260000064

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/02/2019 às 11:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 3/12/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 01, BR 203 - Bairro: DISTRITO DE SÃO VICENTE - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA DE SÃO VICENTE**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE)
CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA (OUTRO)
CLARA DOS SANTOS NUNES PRATA (TESTEMUNHA)
BRUNO OLIVEIRA DE DEUS (TESTEMUNHA)
ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS (VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

21 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS**

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

ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA JOSE ALVES DOS SANTOS Pai: JOSE NILDO FERREIRA DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/11/1995 Naturalidade: ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA SERAFIM PIANCO, 213 - CEP: 55000000 - Bairro: CENTRO - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: ALDILANE NUNES VIANA PEDROSA Pai: SEVERINO ALBUQUERQUE PEDROSA JUNIOR Data de Nascimento: 18/12/1988 Naturalidade: SÃO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9190737/SS/PE (RG), 07594864417 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: **AVENIDA BRASIL, 01, O ENDEREÇO DA PESSOA CARLOS EDUARDO NÃO É AVENIDA BRASIL. TIVE QUE REGISTRAR NESSE ENDEREÇO PARA QUE A ABA DO REGISTRO PUDESSE FECHAR, CONTUDO O ENDEREÇO ATUAL DA TESTEMUNHA É SÍTIO RIACHO FUNDO, Nº 50 - CEP: 55000000 - Bairro: JARDIM BOA VISTA - SÃO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

CLARA DOS SANTOS NUNES PRATA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: ROSEILMA FERREIRA DOS SANTOS Pai: JOSÉ GONÇALO NUNES Data de Nascimento: 23/4/1994 Naturalidade: SÃO PAULO / SÃO PAULO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA ESPERIDIO DE SIQUEIRA, 3 - CEP: 55000000 - Bairro: DISTRITO DE SÃO VICENTE - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

BRUNO OLIVEIRA DE DEUS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA APARECIDA OLIVEIRA DE BRITO DEUS Pai: JOSE LEONARQUES SIQUEIRA DE DEUS Data de Nascimento: 29/5/1998 Naturalidade: SÃO JOSE DO

https://policia200civil.infopolimf300CPreview.html

1/2



- EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: TRAVESSA PEDRO PAES LIRA, 01, SÍTIO BARRA DE SÃO PEDRO / A TESTEMUNHA NÃO MORA NA RUA TRAVESSA PEDRO PAES LIRA TIVE QUE REGISTRAR NESSE ENDEREÇO CASO CONTRÁRIO O REGISTRO NÃO FECHAVA. OCORRE QUE A TESTEMUNHA MORA NO SÍTIO BARRA DE SÃO PEDRO NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO - CEP: 55000000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO BARRA DE SÃO PEDRO

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

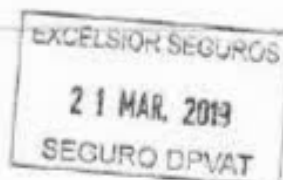
Placa: **PEX2918** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **345010752** Chassi: **9C2KD0550BR043041**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTO EM QUE A VÍTIMA USAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE**

Complemento / Observação

AOS DIAS SETE DO CORRENTE MES A VÍTIMA ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS PROCUROU ESSA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR QUE TERIA SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NA ENTRADA DO DISTRITO DE SÃO VICENTE SITUADO EM ITAPETIM/PE. AOS RELATOS DA VÍTIMA ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS, INFORMA QUE ESTAVA Indo DE ITAPETIM (LOCAL EM QUE TRABALHA) PARA O DISTRITO DE SÃO VICENTE (LOCAL EM QUE MORA) PILOTANDO A MOTO ACIMA DESTACADA, NA BR 263, QUANDO DESVIU DE UM CAVALO QUE ESTAVA NO MEIO DA PISTA ABARROANDO NUM OUTRO CAVALO QUE ESTAVA CORRENDO EM SENTIDO CONTRARIO AO DA VÍTIMA (ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS). A VÍTIMA RELATA QUE LOGO APÓS O ACONTECIDO FOI SOCORRIDO PELAS TESTEMUNHAS (BRUNO E CLARA) QUE PASSARAM LOGO EM SEGUIDA AO FATO. ATO CONTÍNUO A VÍTIMA (ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS) FOI LEVADA PARA O HOSPITAL DESSA URBE SENDO ENCAMINHADA PARA OUTRO HOSPITAL MEDIANTE A GRAVIDADE DO FERIMENTO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, POR TAIS RAZÕES ENCERRO O PRESENTE FEITO. A VÍTIMA APRESENTOU A SEQUINTE DOCUMENTAÇÃO: XEROX DO DOCUMENTO PESSOAL DA VÍTIMA ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS: RG, CPF, ATESTADO, RECEITUÁRIO, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, DECLARAÇÃO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ITAPETIM E PRONTUÁRIO. XEROX DO DOCUMENTO PESSOAL DA TESTEMUNHA CLARA DOS SANTOS: RG, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA. XEROX DO DOCUMENTO PESSOAL DA TESTEMUNHA BRUNO OLIVEIRA: RG, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA. XEROX DO DOCUMENTO PESSOAL DE CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE: DOCUMENTO DA MOTOCICLETA (CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DO VEÍCULO, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, RG E A CNH.

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

Alan Leonardo Alves dos Santos
ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS
(VÍTIMA)



S.O. registrado por: *Emmanuela Faissalla Araújo da Silva* - Matrícula: 3877345



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 119.276.884-18 Nome completo da vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

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

Nome completo: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS CPF: 119.276.884-18
 Profissão: AGRICULTOR Endereço: FZ. CACIMBA SAGADA Número: 710 Complemento: CRSA
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: ITAPEITIM Estado: PE CEP: 56720-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): (87) 99998-1477

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

RENDA MENSAL:
☒ RENDIMENTO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$8.000,00 ☐ R\$8.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1296 13 CONTA: 23233 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

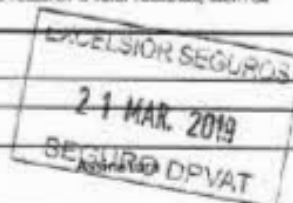
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Este(a) cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROSTO
Alan Leonardo Alves dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Georg Carlos André Lima
 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____ CPF: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____



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

Y001/2018





U.M.M.S

UNIDADE MISTA MARIA SILVA
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Itapetim - PE - FuSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº

Data e Hora:		Data Naso.:	
Nome: Alan Leonardo Alves dos Santos			
Mãe: Maria Rose Alves dos Santos			
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro	Escolaridade:
Responsável: Maria Rose Alves dos Santos			
End. do Paciente: Rua Sargento Pianca			
Bairro: Centro	Município: Itapetim - PE	Fone: (87) 99976-6233	
Cartão SUS: 161 0467 5477 0005		Doc. Identidade: 4.036.645330-PB	
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:	
☒ Acidente de Tráfego		☐ Preto	
☐ Agressão		☐ Amarelo	
☐ Acidente de Trabalho		☒ Pardo	
☐ Consulta		☐ Indígena	
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:			
Paciente deu entrada na unidade, com dor, vermelhidão e restrição movimento perna direita. Vítima acidente moto. Realizado Raio X perna direita. H.D.: Fratura femur.			
Tratamento:			
Acesso veno periférico. ① S. Ringier lactato 500 mL EV. ② Difexona 150mg/1h1 > EV. ③ Voltaren 75mg > IM. ④ Imobilização talar-gomel.			
Impressão Diagnóstica:			
Fratura femur (D).			
Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☒			
Removido para Hospital: Hospital Professor Rorizinho Macaluso (Hosp) SEBRA TAPETA - PE.			
Óbito às _____ hs do dia _____			
Médico - Carimbo e CRM:			
 Dra. M. N. Jacome Médica CRM-PE 27201 / CRM-PB 10744			



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: 04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000028233-8

Nr. da Autenticação 19CAF1532CF16A71





Cartão fiscal de Energia Elétrica/Criado pela Lei 10.408 de 2002
NOTA FISCAL PATRÃO - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Vitor Meirelles, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 06.963.926/0001-40 (Insc. Est. 06.963.926-00) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MATRIZ DANTADA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ CACIMBA SALGADA 710

CPF: 427.256.114-72

ITAPETIM - RURAL/ITAPETIM RURAL
ITAPETIM PE
56720-000

CLASSIFICAÇÃO
E1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

COMPONENTES	QUANTIDADE	VALOR
34210004	UNICA	0013/0010
34210004	UNICA	0013/0010
34210004	UNICA	0013/0010

DATA EMISSÃO	PERÍODO
2043786019	02/2019
12/02/2019	06/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	19,72

RESUMO DA NOTA FISCAL

Consumo (kWh) 34210004
Consumo (kWh) 34210004
Multa por atraso (R\$) 34210004
Multa por atraso (R\$) 34210004
Diária FURCAÇÃO TERMINAL - (R\$) 34210004
Consumo (kWh) 34210004

QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
34210004	0,0043607	14,26
		1,31
		2,30
		4,50
		2,30
		4,35

EACELSIOR SEGUROS
21 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

TOTAL DA FATURA

SPED DE FISCALIZAÇÃO	DATA	VALOR
34210004	02/2019	19,72

QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
34210004	0,0043607	14,26
		1,31
		2,30
		4,50
		2,30
		4,35

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. Para garantir a validade jurídica, recomenda-se a utilização de uma cópia impressa e assinada eletronicamente pelo emissor. Este documento não pode ser utilizado para fins de comprovação de pagamento de impostos. Para mais informações, consulte o site da Receita Federal do Brasil.

QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
34210004	0,0043607	14,26
		1,31
		2,30
		4,50
		2,30
		4,35

53860000000-3 19720011002-0 04378601810-0 1530668883-3
12/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 19,72





Terço Social de Energia elétrica - Cédula pública 16456, de 20/04/92

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50045-902
CNPJ 16.838.128/0001-02 | Ins. Est. 200294-90 | www.celpe.com.br

SABES DO CLIENTE
MATA DE LOURDES NELO LIMA

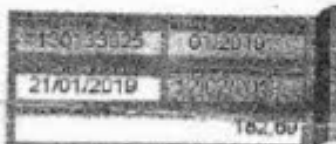
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 275

CPF: 286.442.944-81

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56203-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RACIONAL

RECEBIMOS DE PAGAMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
05442702 | UNICA | 04/11/2018
UNICA - COMPANHIA DE SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA
1401/2019 | 22202211-0 | 9901041



Consumo Atualizado
Código Rem. Publica Mensagem
Código Subscrição CDE-UF 0003 (0075-1011/18)
Código APAT - (000) 122 2728

CLASSIFICAÇÃO	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
276,3933366	0,7197023	191,59
		8,58
		1,40
		75,26

TOTAL DA FATURA

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	ANTERIOR	DEBITO	ATUAL	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO
01/01/19	19	19/01/19	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	ANTERIOR	DEBITO	ATUAL	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO
01/01/19	19	19/01/19	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18

NOTA: Este é um documento gerado automaticamente pelo sistema de cobrança da CELPE. Não é necessário assinar ou carimbar este documento. O valor da fatura é o mesmo que o valor da conta de luz. O valor da fatura é o mesmo que o valor da conta de luz. O valor da fatura é o mesmo que o valor da conta de luz.

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	ANTERIOR	DEBITO	ATUAL	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO
01/01/19	19	19/01/19	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	ANTERIOR	DEBITO	ATUAL	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO
01/01/19	19	19/01/19	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18	18/12/18

EXCELSIOR SEGUROS
21 MAR 2019
SEGURO DPVAT





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-5595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324, 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.276.884, 18,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ de Vítima ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.276.884, 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

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

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>ANTONIO TOMÉ DE SOUZA</u>	<u>573</u>	<u>CASA</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>SÃO CRISTOVÃO</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>PE</u>
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	<u>56.903.220</u>	<u>(87) 99998-1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 15/03/19

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



DL0RL001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-3596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvintes: 0800-021-91-95

Eu, Carlos Eduardo Albuquerque Viana,
RG nº 9.190.737, data de expedição 18/03/11,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 075.948.644-17,
com domicílio na cidade de São José do Egito, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Riacho Fundo, nº 50,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Alan Leonardo Alves dos Santos, cujo o condutor era
Alan Leonardo Alves dos Santos.
Veículo: Moto Modelo: Honda NXR150 Bros ES Ano: 2013
Placa: PEX 2918 Chassi: 9C2KD0550BR043041
Data do Acidente: 03/12/18

Local e Data:

Itapetim - PE 13/02/2019

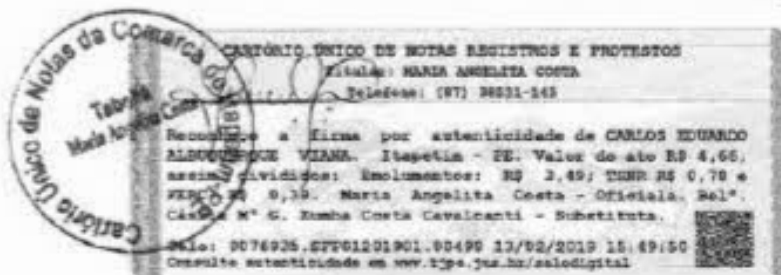
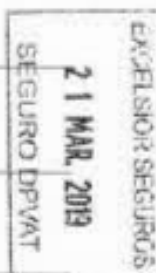
Carlos Eduardo Albuquerque Viana

Assinatura do Declarante

x Alan Leonardo Alves dos Santos

Assinatura do Condutor

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





U.M.M.S

UNIDADE MISTA MARIA SILVA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Itapetim - PE - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº

Data e Hora:		Data Nasc.:	
Nome: Alan Leonardo Alves dos Santos			
Mãe: Maria José Alves dos Santos			
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro	Escolaridade:
Responsável: Maria José Alves dos Santos			
End. do Paciente: Rua Sargento Planco			
Bairro: Centro	Município: Itapetim - PE	Fone: (81) 99976-6223	
Cartão SUS: 161 0467 5477 0005		Doc. Identidade: 4.036.645530-PR	
Tipo de Atendimento:		Raca/Cor:	
☒ Acidente de Trânsito		☐ Preto	
☐ Acidente de Trabalho		☒ Pardo	
☐ Agredido		☐ Amarelo	
☐ Causa		☐ Indígena	
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:			
Paciente deu entrada na unidade, com dor, vermelhidão e restrição movimento perna direita. Vítima acidente moto. Realizado Raio X perna direita. H.D = Fratura Fechada.			
Tratamento:			
Como uma fratura fechada. 1. S. Singer lactato 500 mL EV. 2. Difenidramina 50mg/100mL > EV. 3. Ketorolac 30mg > IM. 4. Imobilização com tala gipsada.			
Impressão Diagnóstica:			
Fratura Fechada.			
Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☒			
Removido para Hospital: Hospital Prof. Dr. Agamenon Magalhães (HOSPAM) - SERASA TA/HAPE - PE.			
Óbito às _____ hs do dia _____			
Médico - Carimbo e CRM:			
Sistiana M. N. Jacome Médica CRM/PE 22013 / CRM/PR 10744			





CONSTRUINDO NO PRESENTE, PENSANDO NO FUTURO



Unidade Mista Maria Silva

Código: 2703505 CNPJ: 11.358.157/0001-00

Rua Paulino Soares, s/n- Itapetim - Pernambuco.

CEP: 56720-000

Telefone: (87) 3853.1006

Umms_ita@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o jovem Alan Leonardo Alves dos Santos, 23 anos, reside na rua Serafim Piancó zona urbana de Itapetim-Pe, foi vítima de um acidente automobilístico (colisão) com dois cavalos no dia 03 de dezembro de 2018, deu entrada nesta unidade de saúde às 19:00 horas, o mesmo estava acordado, orientado apresentando escoriações, dor e limitação movimento M.I.D, feito raio-x com H.D de Fêmur, o mesmo foi atendido pela equipe de plantão e transferido para a cidade de Serra Talhada.

Itapetim-PE, 05 de fevereiro de 2019.

Alysson Magno da Silva Salvador

Diretor Administrativo

11.358.157/0001-00

Unidade Mista Maria Silva

Rua Paulino Soares S N

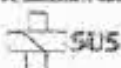
CEP. 56.720-000

ITAPETIM - PE

Rua Paulino Soares, S/N- Centro-CEP 56.720-000-Itapetim-PE-Fone-(0xx87)3853-1006

CNPJ: 11.358.157/0001-00-E_mail: umms_ita@hotmail.com





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Alan Leonardo Alves dos Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

36104167514770005

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/03/1995

9 - SEXO

Masc.

Fem.

1

3

11 - NOME DA MÃE

Maria Jose Alves dos Santos

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Serafim Pires N. 203

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapetininga

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2607701

18 - UF

PE

19 - CEP

56720000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Foram sintomáticas M.D. com
coxa do lado direito com
e supratendão flexor M.D.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de
Vide da coxa do lado direito

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

da coxa do lado direito

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fraqueza subtrocanterica femur 5725

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Artroscopia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050519

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (CNS/CPF)

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO SLHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261810505455-7

() CNS

() CPF

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

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

12

02

10/12/2016 15:21:18

Ilo Pereira de Andrade Melo
CPF: 153.272.214-18 CRM: 2803
Médico Autorizador





HOSP. SÃO VICENTE

Hospital São Vicente

Data Atend: 05/12/2018	Atendimento: 0005658	Quarto/leito: 202 / 4
Paciente: 00047295 - ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS		
Data Naso: 11/11/1995	Idade: 23 Anos	Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: ITAPETIM
Nacionalidade: BRASILEIRO	Nome Pai: JOSE NILDO FERREIRA DOS SANTOS	Nome Mãe: MARIA JOSE ALVES DOS SANTOS
Endereço: RUA SERAFINA PIANCO, 203 - CENTRO - ITAPETIM - PE		
Telefones: () . / () . / (87) 9638.4677		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: () .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
NAMNESE E EXAME FÍSICO: Paciente portador de HIV de febre e tosse seca com dor no peito e dificuldade para respirar Diagnóstico Inicial: <i>Infecção pulmonar</i> SADI: Diagnóstico Final:		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada ()	Descrição Médica ()	Data do Internamento: 10/12/18
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: 16/12/18
Piorando ()	Transferência ()	Local: <i>Antônio Rodrigues de Freitas</i>
Óbito + 48h ()	Evasão ()	CPF: 052.562.003-25
Óbito - 48h ()	Indisciplina ()	Medico Responsavel
Óbito em ____/____/____		
Hora: _____		





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente



Data Atend: 05/12/2018	Atendimento: 0005658	Quarto/leito: 202 / 4
Paciente: 00047295 - ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS		
Cirurgia Realizado: <i>Ortopedia - fratura</i> <i>fratura fêmur</i>		N. do Procedimento: <i>0408050519</i>
Data: <i>13/12/18</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Adelino</i>		
1º Auxiliar: <i>Adelino</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Silvane Brandão</i>		
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: <i>Sob anestesia geral em</i> <i>posição gástrica. Incisão</i> <i>medial e superior MID +</i> <i>secção da pele, sutura com</i> <i>lig. com pontos por placa</i> <i>placa de ferro tipo fechada e</i> <i>osteossintese com os placas</i> <i>4.5 com 38 parafusos artros</i> <i>4.5 - Sutura periplaca</i> <i>placa de ferro + parafusos</i>		

Assinatura do Cirurgião

Adelino
 Antônio Rodrigues de Freitas
 CRM 7351
 CPF: 066.652.003-28



FRAT. TIBIA

ITAPETIM

9.9976-62 73



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	
Tipo de Serviço.....	CPF - INSCRIÇÃO
Código de Atendimento.....	3F25467741388
Data e Hora.....	18/10/2012 08:33:53
CPF do Contribuinte.....	119.276.884-10
Nome Completo.....	ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS
Data de Nascimento.....	11/11/1995
Sexo.....	MASCULINO
Nome de Mãe.....	MARIA JOSE ALVES DOS SANTOS
Título de Eleitor.....	880000000000
Naturalidade.....	ITAPETIM
UF Naturalizada.....	PE
Logradouro.....	RUA LAURINDA PEREIRA DE SIQUEIRA
Número.....	24
Complemento.....	CASA
Bairro/Distrito.....	SÃO VICENTE
Município.....	ITAPETIM
UF.....	PE
CEP.....	55720000
Telefone.....	
Celular.....	
Indicador de Impressão.....	4
Código de Ocorrência.....	00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
UNIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

GEORGE CARLOS MELO LIMA

CCB IDENTIDADE / OBR. EMBOSQUELUP
5940550 SED PE

CPF 006.475.324-29 DATA NASCIMENTO 03/05/1978

FRASEO
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO 000000000000000000000000 CAT. HAB. AD

Nº REGISTRO 02136855400 VALIDADE 30/06/2022 EXPIRAÇÃO 18/12/2001

DESCRIÇÃO
RAZ. COTX

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

SOCAL
SERRA TALHADA, PE DATA EMISSÃO 24/07/2017

CH *CH* *CH*
2562055 2562
P0173544264

PERNAMBUCO

NÚMERO NACIONAL 1482661245

NÚMERO PLANTILHA 1482661245

EXCELSIOR-SEGUROS
21 MAR. 2019
SEGURO DPVAT



EXCELSION SEGUROS
21 MAR. 2013
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013933361590
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DOB. RENOVAM 345010752 INTRC ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA

ITAPETIM-PE

OFFICINA 075.948.644-17 PLACA PEK2918

PLACA ANT / UF ***** PE CHASSI 9C2KD0550BR043041

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

ANO FAB 2011 ANO MOD 09

CAP / POT / CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1* *****

PAGAR IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2* *****

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

OBSERVAÇÕES

SRM RESERVA

ITAPETIM 03/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013933361590 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CARLOS EDUARDO ALBUQUERQUE VIANA 56720-000

OS ITAPETIM-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 03/02/18

VIA 1 CPF / CNPJ 075.948.644-17 PLACA PEK2918

RENOVAM 345010752 MARCA / MODELO HONDA CBX150 BR05-20

ANO FAB 2011 DE INF 09 Nº CHASSI 9C2KD0550BR043041

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO BILHETE (R\$)

SEGURO PACO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO.



METENTE

CONCE CARLOS MELO LIMA

IA ANTONIO FOME DE SOUZA N. 573

ITANO SAO CRISTOVAO - SENNA FALMADA DE

P. 56.903.220



7/9-99998-1477



DESTINATÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS

AV. - MARQUES DE OLINDA - 175

RECIFE - PE

500-30-000

CEL - 81 - 3087 - 9000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190217480

Cidade: Itapetim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS

Data do acidente: 03/12/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

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

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P4 6

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante ALAN LEONARDO ALVES DOS SANTOS
portador(a) do documento de identidade nº 4.056.645, expedido por SSP-PB
em 1/1, inscrito no CPF sob o nº 119.276.884-18, residente na
RUA SERAFIM PIANCO, nº 213
complemento CASA, Bairro CENTRO, cidade
ITAPETIM, Estado PE, Data do acidente 03/12/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PF
em 24/07/17, inscrito no CPF sob o nº 028475374-29, residente na
ANTONIO TOMÉ DE SOUZA, nº 543
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTÓVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

ITAPETIM-PE 13 de 03 de 2019

Outorgante Alan Leonardo Alves dos Santos

