



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

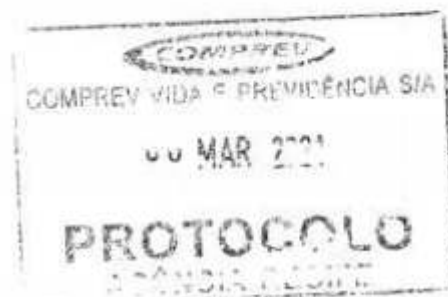
Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da Silva, ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho, centro /Bezerros, que constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo, com queixa de queda de moto, número da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Min, o mesmo foi encaminhado UPA.

Bezerros PE; 17/12/2020

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE  
Dr. Enf. Regina Lolaia  
COREN – PE Nº 142524





5 940 133

JOSE FLAVIO DA SILVA >>

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PE 7 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

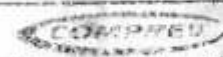
24/07/1981

67 LAZES F. 133V CART. SAPUCAIA RUA BEZERRAS-PT

11/09 1982 >>

LE Nº 7 16 DE 2008

ASS. NATURA DA ORETTA



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021

PROTOCOLO



**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**053.707.774-03**

**Nome**

**JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Nascimento**

**24/07/1981**



COMP  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

NUM. 2301

PROT. 2010  
AD. 2010. 2010

ifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## TURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

rnambuco

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

nsc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
SI DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS  
BEZERROS PE  
55660-000

CONTA CONTRATO

7017803276

MÊS/ANO

06/2020

DATA DE VENCIMENTO

01/07/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

27/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,90

### AO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

30,0000000

30,0000000

PREÇO (R\$)

0,00000003

0,00000003

VALOR (R\$)

0,00

0,00

0,90



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E4143000143

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/02/2021 às 15:48

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 26/10/2020 às 10:30

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 01** - Bairro: **SAO PEDRO** - **BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE FLAVIO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

**JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG) - 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.**

COMPREVEU  
COMPREVEU  
02 MAR 2021  
PROCOLO

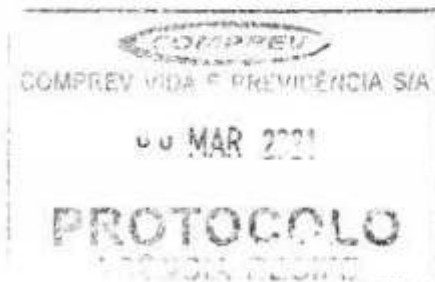
AP

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

*Jose Flavio da Silva*

**JOSE FLAVIO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000144**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/02/2021** às **16:04**

Complementa o BO Número: **21E4143000143**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 1** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE FLAVIO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

**JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG) 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: Telefone: .  
Contato: .

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLE8145** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **557731690** Chassi: **9C2KC1670DR021954**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE ADRIANO MONTEIRO**

Complemento / Observação



DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

*Jos Flavio da Silva*  
**JOSE FLAVIO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

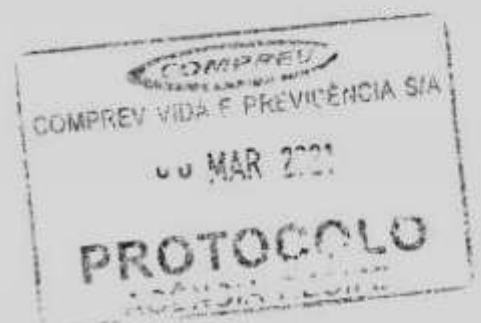
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

*CAF*

**COMPREV**  
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A  
00 MAR 2021  
**PROTOCOLO**



Ag 2492  
Conta 85994-2  
013 operação  
poupança



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403  
7 - Profissão: Recebeu-se 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 20 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Bezerros - PE - 11-02-2021  
- José Floriano da Silva

---

**Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210121720**

**Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE FLAVIO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de seqüela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO FAVARES BURIL



POLÍCIA DELEGADA



*Luiz Fátima da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

PROT. 1000  
MAR 1961

PROTÓCOLO  
AGÊNCIA FEDERAL

5 940 133

JOSE FLAVIO DA SILVA >>

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PE 7 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

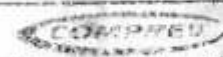
24/07/1981

67 LAZES F. 133V CART. SAPUCAIA RUA BEZERRAS-PT

11/09 1982 >>

LE Nº 7 16 DE 2008

ASS. NATURA DA ORETTA



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021

PROTOCOLO



**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**053.707.774-03**

**Nome**

**JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Nascimento**

**24/07/1981**



COMP  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

NUM. 2301

PROT. 2010  
AD. 2010. 2010

Companhia Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## CONSUMIDORA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Aracaju - Sergipe

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
SITIO DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS  
BEZERROS PE  
55660-000

CONTA/CONTRATO

7017803276

MÊS/ANO

06/2020

DATA DE VENCIMENTO

01/07/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

27/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,90

### DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

30,00000000

30,00000000

PREÇO (R\$)

0,00000003

0,00000003

VALOR (R\$)

0,00

0,00

0,90

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102214031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA  
1

COD. DE NAVAM  
55773169

RHTRC  
\*\*\*\*\*

NOME/ENDEREÇO  
JOSE ADRIANO MONTEIRO  
FABENDA SANTANA 59  
CASA ZONA RURAL  
BEZERROS-PE 55650-000

CPF/CNPJ  
040.713.224-45

PLACA  
KLE3145

NOME ANTERIOR  
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUAR

PLACA ANT/UF  
\*\*\*\*\*

CHASSI  
9C2KC1670DR021954

ESPECIE TIPO  
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTIVEL  
ALCO/GASO

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB ANO MOD  
2013 2013

CAP/POT/CIL  
2P/149CV

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETO

20134279

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA PROTOCOLO  
20134279  
MAR 2013

LOCAL  
BEZERROS-PE

DATA  
06/08/13

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0145695/21

**Vítima:** JOSE FLAVIO DA SILVA

**CPF:** 053.707.774-03

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

**Data do acidente:** 26/10/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE FLAVIO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE FLAVIO DA SILVA : 053.707.774-03

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](http://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: 12/07/2021  
Nome: JOSE FLAVIO DA SILVA  
CPF: 053.707.774-03

JOSE FLAVIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2021  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

# LAUDO MÉDICO

NOS TERMOS DE RESOLUÇÃO nº 1.854, DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, PUBLICADA EM 14 DE AGOSTO DE 2008.

Nome do paciente :

JOSE FRAVIO DA SILVA

Qual o diagnóstico, com respectivo CID?

LESÃO DE FURCULA DISTAL DO MEMBRO SUPERIOR  
CID10 S72.3

Há incapacidade ou limitação laboral? Desde quando?

Limitação laboraL DEFINITIVA

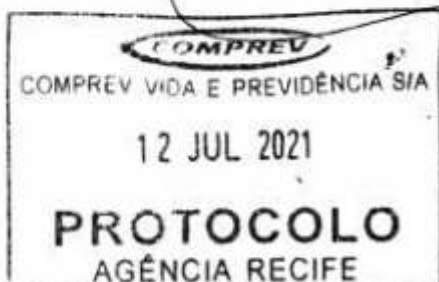
Qual o tempo de repouso estimado necessário para sua recuperação ou o prazo é indeterminado?

INCAPACIDADE PERMANENTE

Dr. Pedro Marques  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 8594  
CPF: 172.676.334-04  
Não autorizo troca

09/02/2021

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021



\_\_\_\_\_  
Identificação do médico com CRM, sob carimbo



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3210080950 Data de solicitação: 05/07/21  
Nome do beneficiário: Jose Flávio da Silva CPF do beneficiário: 053707774-03  
Nome do solicitante: Jose Flávio da Silva CPF do solicitante: 053707774-03

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 81 ) 9668-4814 Tel. Comercial: (     )     Tel. Residencial: (     )      
E-mail:    

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO  SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:  
 Novos documentos médicos  
 Laudo do IML  
 Boletim de Ocorrência  
 Notas fiscais complementares  
 Outros:    

COMPROVADA E PREVIDÊNCIA SIA  
12 JUL 2021  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Segue documentação médica, laudo médico no qual fica comprovado a lesão

Bezerras, 05/07/21  
Local e Data  
Jose Flávio da Silva  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO FAVARES BURIL



POLÍCIA DELEGADA



*Luiz Filipe da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
MAR 1971

PROTOCOLO  
AGÊNCIA FEDERAL

5 940 133

JOSE FLAVIO DA SILVA >>

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PE 7 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

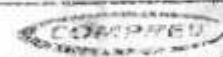
24/07/1981

67 LAZES F. 133V CART. SAPUCAIA RUA BEZERRAS-PT

11/09 1982 >>

LE Nº 7 16 DE 2008

ASS. NATURA DA ORETTA



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021

PROTOCOLO



**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**053.707.774-03**

**Nome**

**JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Nascimento**

**24/07/1981**



COMP  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

NUM. 2301

PROT. 2010  
AD. 2010. 2010

Companhia Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## CONSUMIDORA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Aracaju

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
SITIO DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS  
BEZERROS PE  
55660-000

CONTA/CONTRATO

7017803276

MÊS/ANO

06/2020

DATA DE VENCIMENTO

01/07/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

27/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,90

### DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

30,00000000

30,00000000

PREÇO (R\$)

0,00000003

0,00000003

VALOR (R\$)

0,00

0,00

0,90



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da Silva, ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho, centro /Bezerros, que constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo, com queixa de queda de moto, número da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Min, o mesmo foi encaminhado UPA.

Bezerros PE; 17/12/2020

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

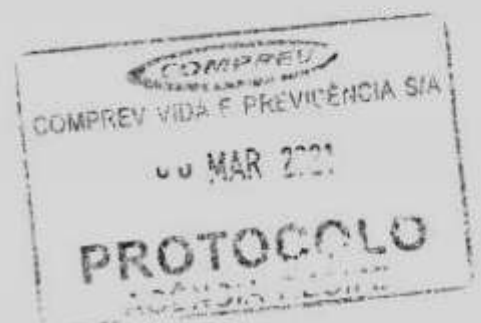
Atenciosamente,

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE  
Dr. Enf. Regina Lolaia  
COREN – PE Nº 142524





Ag 2192  
Conta 85994-2  
013 operação  
poupança



# 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: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403  
7 - Profissão: Recebeu-se 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 20 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Bezerros - PE - 11-02-2021  
- José Floriano da Silva



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000143**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2021** às **15:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 01** - Bairro: **SAO PEDRO** -  
**BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE FLAVIO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

**JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG) - 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.**

COMPREV  
COMPREV NDA P. PREVIDENCIA SIA  
00 MAR 2021  
PROTOCOLO

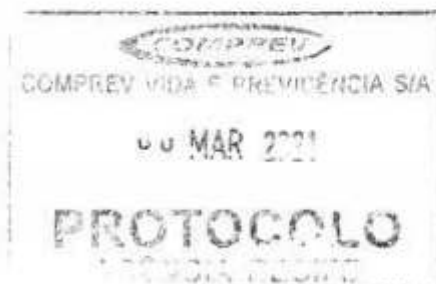
RP

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

*Jose Flavio da Silva*

**JOSE FLAVIO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000144**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/02/2021** às **16:04**

Complementa o BO Número: **21E4143000143**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 1** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE FLAVIO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

**JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG) 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: Telefone: .  
Contato: .

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLE8145** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **557731690** Chassi: **9C2KC1670DR021954**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE ADRIANO MONTEIRO**

Complemento / Observação



DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

*José Flavio da Silva*

JOSE FLAVIO DA SILVA  
(VITIMA)

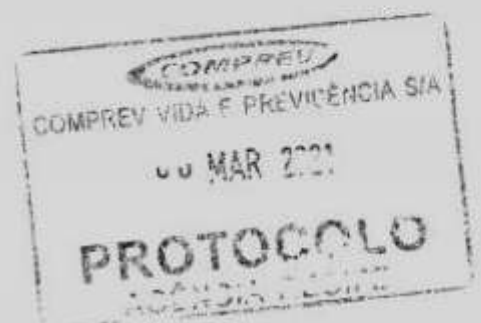
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

*CA*





Ag 2192  
Conta 85994-2  
013 operação  
poupança



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403  
7 - Profissão: Recebeu-se 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 20 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/vivos/mãe?  Sim  Não

MORTE

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 ressarcimento por parte do segurado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021  
- José Floriano da Silva

**PROTÓCOLO**



Ag 2492  
Conta 85994-2  
013 operação  
poupança



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403  
7 - Profissão: Recebeu-se 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 20 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021  
- José Floriano da Silva

---

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2021

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210185695**

**Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE FLAVIO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de seqüela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069827/21

**Vítima:** JOSE FLAVIO DA SILVA

**CPF:** 053.707.774-03

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 26/10/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE FLAVIO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOSE FLAVIO DA SILVA : 053.707.774-03**

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](http://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: 08/03/2021  
Nome: JOSE FLAVIO DA SILVA  
CPF: 053.707.774-03

JOSE FLAVIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2021  
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva  
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102214031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA  
1

COD. DE NAVAM  
55773169

RHTRC  
\*\*\*\*\*

NOME/ENDEREÇO  
JOSE ADRIANO MONTEIRO  
FABENDA SANTANA 59  
CASA ZONA RURAL  
BEZERROS-PE 55650-000

CPF/CNPJ  
040.713.224-45

PLACA  
KLE3145

NOME ANTERIOR  
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUAR

PLACA ANT/UF  
\*\*\*\*\*

CHASSI  
9C2KC1670DR021954

ESPECIE TIPO  
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTIVEL  
ALCO/GASO

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB ANO MOD  
2013 2013

CAP/POT/CIL  
2P/149CV

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETO

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA PROTOCOLO  
20134279  
MAR 2013

LOCAL  
BEZERROS-PE

DATA  
06/08/13

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210080950

**Cidade:** Bezerros

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE FLAVIO DA SILVA

**Data do acidente:** 26/10/2020

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 25/03/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180328081 EM NÍVEL INTENSO PARA O JOELHO ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**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 joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210080950

**Cidade:** Bezerros

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE FLAVIO DA SILVA

**Data do acidente:** 26/10/2020

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 25/03/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180328081 EM NÍVEL INTENSO PARA O JOELHO ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**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 joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO FAVARES BURIL



POLÍCIA DELEGADA



*Luiz Filipe da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
MAR 1971

PROTOCOLO  
AGÊNCIA FEDERAL

5 940 133

JOSE FLAVIO DA SILVA >>

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PE 7 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

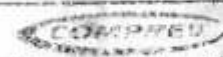
24/07/1981

67 LAZES F. 133V CART. SAPUCAIA RUA BEZERRAS-PT

11/09 1982 >>

LE Nº 7 16 DE 2008

ASS. NATURA DA ORETTA



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021

PROTOCOLO



**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**053.707.774-03**

**Nome**

**JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Nascimento**

**24/07/1981**



COMP  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

NUM. 2301

PROT. 210  
AD. 10/15/2008

Companhia Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## CONSUMIDORA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Aracaju

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
SITIO DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS  
BEZERROS PE  
55660-000

CONTA/CONTRATO

7017803276

MÊS/ANO

06/2020

DATA DE VENCIMENTO

01/07/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

27/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,90

### DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

30,00000000

30,00000000

PREÇO (R\$)

0,00000003

0,00000003

VALOR (R\$)

0,00

0,00

0,90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO FAVARES BURIL



POLÍCIA DELEGADA



*Luiz Filipe da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
MAR 1971

PROTOCOLO  
AGÊNCIA FEDERAL

5 940 133

JOSE FLAVIO DA SILVA >>

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PE 7 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

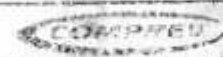
67 LAZES F. 133V CART. SAPUCAIA RUA BEZERRAS-PT

11/09 1982 >>

LE Nº 7 16 DE 2008-B3

ASS. NATURA DA ORETTA

DE S. L. N. A.



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021

PROTOCOLO



**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**053.707.774-03**

**Nome**

**JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Nascimento**

**24/07/1981**



COMP  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

NUM. 2301

PROT. 2010  
AD. 2010. 2010

Companhia Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## CONSUMIDORA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Aracaju - Sergipe

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
SITIO DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS  
BEZERROS PE  
55660-000

CONTA/CONTRATO

7017803276

MÊS/ANO

06/2020

DATA DE VENCIMENTO

01/07/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

27/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,90

### DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

30,00000000

30,00000000

PREÇO (R\$)

0,00000003

0,00000003

VALOR (R\$)

0,00

0,00

0,90



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

NOME: Doutor Flávio de Jesus

REG.: 104653

DATA DE NASCIMENTO: 24/04/1981

DATA DA CIRURGIA: 03/11/2020

DIAGNÓSTICO: Crânio Distal fechado

TRATAMENTO: Cirurgia e placa com crânio  
e placa fechada

DATA DO RETORNO: 22/11/2020 - 60h

MOTIVO DO RETORNO: Clínica de MÚLTIPLO

trauma para fraturas  
120 dias e internado  
no PISOL

João Márcio V. Costa  
Traumato-Ortopedista  
CRM/PE 5980

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da Silva, ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho, centro /Bezerros, que constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo, com queixa de queda de moto, número da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Min, o mesmo foi encaminhado UPA.

Bezerros PE; 17/12/2020

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE  
Dr. Enf. Regina Lolaia  
COREN – PE Nº 142524





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000143**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2021** às **15:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 01** - Bairro: **SAO PEDRO** -  
**BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE FLAVIO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

**JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG) - 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.**

COMPREVEU  
COMPREVEU  
02 MAR 2021  
PROCOLO

AP

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

*Jose Flavio da Silva*

**JOSE FLAVIO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000144**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/02/2021** às **16:04**

Complementa o BO Número: **21E4143000143**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 1** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE FLAVIO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

**JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG) 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: Telefone: .  
Contato: .

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLE8145** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **557731690** Chassi: **9C2KC1670DR021954**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE ADRIANO MONTEIRO**

Complemento / Observação



DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

*José Flavio da Silva*

JOSE FLAVIO DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

*CA*





Ag 2192  
Conta 85994-2  
013 operação  
poupança



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403  
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 20 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021  
- José Floriano da Silva

---

**Rio de Janeiro, 30 de Março de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210080950**

**Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE FLAVIO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de seqüela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

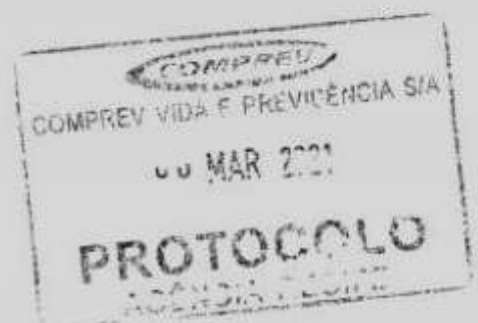
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Ag 2192  
Conta 85994-2  
013 operação  
poupança



# 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: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403  
7 - Profissão: Recebeu-se 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 20 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021  
- José Floriano da Silva



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e pedidos): Capitais e regiões metropolitanas: 4020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h.  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 15

Numero do pedido DPVAT: 32 30 32 37 20  
 Data da solicitação: 25.05.2021  
 Nome do beneficiário: José Flavio da Silva  
 CPF do beneficiário: 053.769.714-03  
 Nome do solicitante: José Flavio da Silva  
 CPF do solicitante: 053.769.714-03

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: ( 51 ) 99668 4834 Tel. Comercial: ( ) Tel. Residencial: ( )  
 E-mail:

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**

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

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**

NÃO  SIM, informe quais documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

COMPROVADA A PREVIDÊNCIA SIA  
 25 MAI 2021  
**PROTOCOLO**  
 (DESCREVA) AQUI RECEBE

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Estou encaminhando novos documentos, dos mesmos informe a minha seqüela.  
 Fico no aguardo de uma perícia médica

Recife - PE, 25.05.2021  
 Local e Data  
 José Flavio da Silva  
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

**IMPORTANTE:**  
 Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.  
 Observação sobre beneficiário/último não alfabetizado:  
 O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125877/21

**Vítima:** JOSE FLAVIO DA SILVA

**CPF:** 053.707.774-03

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

**Data do acidente:** 26/10/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE FLAVIO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE FLAVIO DA SILVA : 053.707.774-03

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](http://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: 26/05/2021  
Nome: JOSE FLAVIO DA SILVA  
CPF: 053.707.774-03

JOSE FLAVIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2021  
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva  
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

SUS



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSE FLAVIO DA SILVA	6 - Número do Prontuário 107653			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700004549923606	8 - Data Nascimento 24/07/1981	9 - Sexo MASCULINO [1]	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe RITA GOMES DA SILVA	12 - Telefone de Contato			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SITIO DOS REMEDIOS, SN ( ) - ZONA RURAL				
16 - Município de residência BEZERROS	17 - Cod. IBGE município 2601904	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos

Fratura de Fêmur

21 - Condições que justificam a internação

TTO Cirúrgico

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
2º MAI 2021

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Rx

PROTOCOLO  
AGÊNCIA REGISTRO

23 - Diagnóstico inicial Fratura de Fêmur	24 - CID 10 Principais S724	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 090006094 090006050 09104005
--	--------------------------------	------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento	28 - Código do procedimento 090805022-9
---	--

29 - Clínica Cirurgia	30 - Caracter de Internação Injúria	31 - Documento ( ) CNS (X) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 08660 254-60
33 - Nome do Profissional Solicitante Dr. A. Maciel	34 - Data da solicitação 28/10/2020	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) CRM-PE 25830	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bêbete	41 - Série
42 - CNPJ da Empresa	43 - Nome do Profissional Autorizador Dr. Sílvia Souza Araújo Ladeira		44 - Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador CRM-PE 24849		

AUTORIZAÇÃO

45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) aposentado ( ) Não segurado	46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de Internação
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		<p>PREFEITURA DE BEZERROS Secretaria Municipal de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 262010534952-1</p>
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)		

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 0305/21 Hospital Jesus Pequeno

Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador  
CRM-PE 24849

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENF - 03 - LEITO\_2

Enfermaria: ORTOPEDIA

Atendimento: 601505      Data: 28/10/2020      Hora: 9:50

Convênio: SES - ORTOPEDIA

Recepç.: PAULA KAROLYNE DOS S. BEZERRA

Matrícula: 700004549923606

Identidade:

Cartão SUS: 700004549923606

Responsável:

Médico: DRA. BARBARA P. F. NETO

Paciente: 107853 JOSE FLÁVIO DA SILVA

Nascimento: 24/07/1981 - 39 Anos e 3 Meses

Endereço: SÍTIO DOS REMEDIOS, SN

Bairro: ZONA RURAL

IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS

CEP:      UF: PE

Pai: MANOEL MARIANO DA SILVA

Mãe: RITA GOMES DA SILVA

Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO      Cor:

Est. Civil:

C.P.F. 06370777403

Identidade: 5940133

SDS      PE

Telefone:

G.Instrução:

Ocupação:

Naturalidade: BEZERROS

Obs.: SENHA ORTOPEDICA: 783405

Queixa do Paciente:

fratura de fêmur

STO URGEM

H.D.A.:

*B*  
Dra. Bárbara Neto  
CRM-PE 27158

Exame Físico:

Tratamento:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

2º MAI 2021

PROTOCOLO

AGÊNCIA LOCAL

Paciente Neto  
Dra. Bárbara Neto  
CRM-PE 27158  
*B*  
Acompanhante

*B*  
Dra. Bárbara Neto  
CRM-PE 27158

Bezerros, 28 de outubro de 2020

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE 6505121  
Hospital Jesus Pequeno

*J. Loureiro*  
José Loureiro dos Santos  
Assistente Social

SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA**

2 - CNEB  
**2427419**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNEC

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**ROSE FARIAS SILVA**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO  
Masc.  1 Fem.  3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**UGRASSOL**

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
**Problemas com seu joelho  
Largando nos tornozelos**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
**Outras coisas**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
**X + Análises**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
**Falta de movimento**

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
**Quil. Clavado**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**26/10/20**

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 BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CIAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assistente Social  
Aline CRESS 10150  
CRESS 10150

Regenio Ferreira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 12550-DF

Conferido Com Documento  
Original Bezeros P02022  
Hospital Jesus Requeino

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSE FLAVIO DA SILVA	NÚMERO DO REGISTRO 107653
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA RAQUI	DR. ROBERTO TAVARES
DATA DA OPERAÇÃO 03/11/2020	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + OSTEOTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOLISE	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
<p>CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE.  REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA E FIXAÇÃO COM:  01 PLACA BLOQUEADA DE FEMUR DISTAL 08 ORIFICIOS  01 PARAFUSO CORTICAL N 42  01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 38  01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 40  01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 44  01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 60  01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 64  01 PARAFUSO CORTICAL ROSQUEAVEL N 75  REALIZAMOS OSTEOTOMIA  REALIZAMOS DEBRIDAMENTO  REALIZAMOS TENOLISE  LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA  SULTURA POR PLANOS  CURATIVO</p>	

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5880

Conferido Com Documento  
Original Bezerras PE 0505121  
Hospital Jesus Pequeno

*Ass*  
José Lourenço dos Santos  
Assistente Social  
CRESS 10150

NB

Anestesia: Russulamer  
 Nome: Moisés Flávio da Silva do Registro 107653 Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_  
 Clínica: Ortopedia Quarto: 3 Leito: 2 Idade: 30 Sexo: M Cor: \_\_\_\_\_  
 Operador: Roberto Tavares Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesiista: RUBEN  
 Diag. Preop.: Fratura de tíbia "E" Diag. Posop.: O mesmo  
 Op. Proposta: \_\_\_\_\_ Op. Realizada: Tratamento de  
 Premeditação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1 2-3-  
(AO 1-2-3) baixo baixo

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	
AGENTES	Nº															
	02															
Líquidos	PA															
	V															
	PULSO															
	ANES															
	OP															
	O															
	TEMP. A															
	ASPIR. A															
	RESP. O															
	Export															
Assist.																
Contro.																

SÍMBOLOS: Epilatório - insulin - Depressão - Endotel

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A.			PVI - em B corpo - em meio de mns  PONTE - 5
B.	<u>Bupivac</u>	<u>Arquit</u>	
C.	<u>+ 15 - 15</u>	<u>75, 25, 5</u>	
D.	<u>+ 15 - 15</u>	<u>5, 15, 5</u>	
E.	<u>Dorsol. G</u>		
F.			
G.			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASOORO FARINGEA NASOOROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB. - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TOTAL		Tempo de Anestesia	
OPERAÇÃO:		<u>80ml</u> <u>Tratamento de fratura de</u> <u>tíbia</u>	

ANESTESISTA: Roberto Tavares CIRURGIÃO: João Marilton Ortopedista  
 PERDA SANGUÍNEA: \_\_\_\_\_  
 Laringo - Espasmo - Excesso Secre  
 Depressão Respiratória - Hipoxia  
 "BUCKING" - Vômito  
 Hemorragia Antmia  
 Bred - Taquicardia - Ch

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 0805 R Hospital Jesus Pequenin  
 José Luiz de Jesus  
 Assistente Social  
 CRESS 10150

Anestesia: Ruparalium NB  
 Nome: Moisés Flávio da Silva Nº do Registro 107653 Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_  
 Clínica: Cardiologia Quarto: 3 Leito: 2 Idade: 30 Sexo: m Cor: \_\_\_\_\_  
 Operador: Roberto Tavares Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesista: Roberto Tavares  
 Diag. Preop.: Fratura de fêmur "E" Diag. Posop.: 0 mesmo  
 Op. Proposta: \_\_\_\_\_ Op. Realizada: Tratamento da  
 Premedicação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1-2-3

**PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO**

AGENTES	15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45		
	N2O	O2										
Líquidos												
PA												
V												
PULSO												
ANES												
x												
OP												
O												
TEMP. A												
ASPIR. A												
RESPIR. O												
Exponi												
Azeite												
Contro.												

14:30 15:50

Exponi: Exponi  
 Azeite: Azeite  
 Contro.: Contro.

SÍMBOLOS: Exponi Azeite Contro.

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A.			
B.	<u>Bupivac</u>	<u>Ruparalium</u>	- PVA - em 20 seg - em 20 seg de PVA PONTE-5
C.	<u>10mg - 15g</u>	<u>7.5 2.5 5.0 2.5</u>	
D.			
E.	<u>Dorsif. Gu</u>		
F.			
G.			
LÍQUIDOS			
<u>Saxid</u>			
TOTAL		<u>8.0ml</u>	
OPERAÇÃO:		<u>Tratamento da fratura de fêmur de</u>	
ANESTESISTA:		<u>Roberto Tavares</u>	
CIRURGIÃO:		<u>João Marilton Ortopedista</u>	
PERDA SANGÜÍNEA:			

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 03/11 Hospital Jesus Pequeno  
 REGISTRO SOCIÉTARIO: CREG 10150



# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

COMANDA 672030

## MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Jose Flavio da Silva Registro N° 107653  
 Apt.: \_\_\_\_\_ Enfermaria.: E Data: 03/11/20  
 Cirurgia: Inst. Cirurg Front Fimur Cirurgião: Dr. Jose marilton  
 Anestesia: Raquis Anestesista: Dr. Roberto  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
<b>MEDICAMENTOS</b>		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausedron	- 02 Amp
Adrenalina Destilada	01 Amp.	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	01 Amp	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	02 Amp	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1	01 Amp	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico 100ml 500ml	03 Unidades
Etil Morfina		Soro Glicosado	
Floriparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinal		Tranamin	
Fentanil 5ml		Tenoxicam	
Flumazenil		Thionembatal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortisona 100mg		Voluven	
Hidrocortisona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	01 grama	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		<b>MATERIAIS</b>	
Marcaína c/a		Agulha desc. 25x7/40x12/0.45x13	04 Unidades
Marcaína s/a		Agulha de Pleco	
Marcaína Pesada	01 Amp	Agulha Raqui 25	01 Unidade
Metformina		Algodão Hidrófilo	

Com o Documento  
 Original Bezerros PE 0505 R1  
 Hospital Jesus Pequeninino

José Lominaldo dos Santos  
 Assistente Social  
 CPFSS 10150

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico 2	1	CatGut Crom c/a 1	02unid
Atadura Crepe 15 e 10c	03unid	Fio de Algodão	
Atadura Gesso		Fio de Aço	
Azul de Metileno		Fio Kirschner	
Bolsa p/ Colostomia		Fio Maleável	
Cateter Nasal	01unid	Monocryl	
Clamp Umbilical		Mononylon 2,0	02unid
Coletor Sistema Aberto		Polycot	
Coletor Sistema Fechado		Propelane	
Comp. Cirúrgica	03 Pacote	PDS	
Dreno de Sucção		Seda	
Dreno Penrose		Vicryl	
Dreno Tórax		<b>LÍQUIDOS</b>	
Eletrodos 402	05unid	Água Oxigenada	500ml
Equipo Macrogotas		Alcool 70%	100ml
Escova de Degermação		Glutaraldeido	500ml
Espadrappo		Éter	
Espadrappo Micropore		Formol	
Gaze 7x5x7,5	03 Pacote	Clorexidina Degermante	150ml
Neocaina Pesada		<b>TAXAS</b>	
Neocaina Isobárica		Oxímetro de Pulso	TX
Infusor p/ soluções Parentemil 2 vias		Aspirador	TX
Intracath		Bisturi Elétrico	TX
Jelco		Desfibrilador	TX
Liga Clip		Monitor	TX
Lamina Bisturi 27	02unid		
Látex 204	1 2 3	<b>OXIGÊNIO</b>	
Luva Estéril 8,0 7,0 7,5	06 Paquetes	Das às	
Luva Descartável	03 Paquetes		
Máscaras			
Polifix			
Pró-Pés			
Scalp			
Seringa de 01 cc	01unid		
Seringa 03 cc	03unid		
Seringa 05 cc	01unid		
Seringa 10 cc			
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda 3v n°			
Transofix			
Pulseiras de RN			
Toucas			
<b>FIOS</b>			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			

Teina Maria de Oliveira  
Téc. Enfermagem  
COREN-PE-570209

*Teina*

Conferido Com Documento  
Original Bezerras PE0505121  
Hospital Jesus Pequeno

*João*  
José Lourenço dos Santos  
Assistente Social  
CRESS 10150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO FAVARES BURIL



POLÍCIA DELEGADA



*Luiz Filipe da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
MAR 1971

PROTOCOLO  
AGÊNCIA FEDERAL

5 940 133

JOSE FLAVIO DA SILVA >>

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PE 7 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

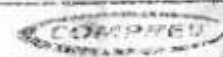
24/07/1981

67 LAZES F. 133V CART. SAPUCAIA RUA BEZERRAS-PT

11/09 1982 >>

LE Nº 7 16 DE 2008

ASS. NATURA DA ORETTA



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021

PROTOCOLO



**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**053.707.774-03**

**Nome**

**JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Nascimento**

**24/07/1981**



COMP  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

NUM. 2301

PROT. 2010  
AD. 2010. 2010

Companhia Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## CONSUMIDORA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Aracaju

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
SITIO DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS  
BEZERROS PE  
55660-000

CONTA/CONTRATO

7017803276

MÊS/ANO

06/2020

DATA DE VENCIMENTO

01/07/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

27/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,90

### DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

30,00000000

30,00000000

PREÇO (R\$)

0,00000003

0,00000003

VALOR (R\$)

0,00

0,00

0,90



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da Silva, ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho, centro /Bezerros, que constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo, com queixa de queda de moto, número da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Min, o mesmo foi encaminhado UPA.

Bezerros PE; 17/12/2020

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE  
Dr. Enf. Regina Lolaia  
COREN – PE Nº 142524





5 940 133

JOSE FLAVIO DA SILVA >>

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PE 7 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

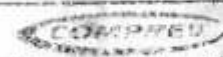
67 LAZES F. 133V CART. SAPUCAIA RUA BEZERRAS-PT

11/09 1982 >>

LE Nº 7.16 DE 25-08-83

ASS. NATURA DA ORETTA

DE S. L. N. A.



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021

PROTOCOLO



**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**053.707.774-03**

**Nome**

**JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Nascimento**

**24/07/1981**



COMP  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

NUM. 2301

PROT. 2010  
AD. 2010. 2010

Companhia Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## CONSUMIDORA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Aracaju - Sergipe

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
SITIO DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS  
BEZERROS PE  
55660-000

CONTA/CONTRATO

7017803276

MÊS/ANO

06/2020

DATA DE VENCIMENTO

01/07/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

27/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,90

### DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

30,00000000

30,00000000

PREÇO (R\$)

0,00000003

0,00000003

VALOR (R\$)

0,00

0,00

0,90



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000143**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2021** às **15:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 01** - Bairro: **SAO PEDRO** -  
**BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE FLAVIO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

**JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG) - 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.**

COMPTEL  
COMPREN HISA E PREVIDENCIA SIA  
00 MAR 2021  
PROTOCOLO

AP

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

*Jose Flavio da Silva*

**JOSE FLAVIO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E4143000144**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/02/2021** às **16:04**

Complementa o BO Número: **21E4143000143**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **26/10/2020** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, 1** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMPO DE FUTEBOL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.... ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE FLAVIO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FLAVIO DA SILVA

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

**JOSE FLAVIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA GOMES DA SILVA** Pai: **MANOEL MARIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/7/1981** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5940133/SDS/PE (RG) 05370777403 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

.... - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: Telefone: .  
Contato: .

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FLAVIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLE8145** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **557731690** Chassi: **9C2KC1670DR021954**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **PROPRIETÁRIO: JOSE ADRIANO MONTEIRO**

Complemento / Observação



DECLARA O SENHOR JOS FLAVIO DA SILVA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO BAIRRO SÃO PEDRO, MAIS PRECISAMENTE NA RUA JOSE PESSOA SOBRINHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU NO CALÇAMENTOM FAZENDO COM QUE A VIITMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CIANDO EM SEGUIDA AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCRRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA MUNICIPAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

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

*José Flavio da Silva*

JOSE FLAVIO DA SILVA  
(VITIMA)

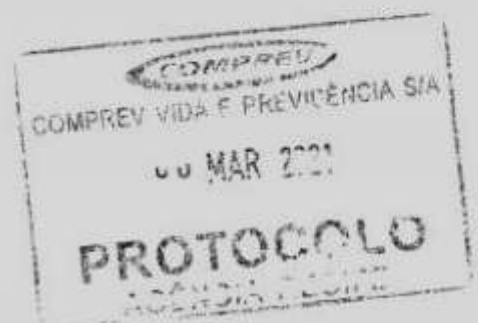
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

*CAF*

COMPREV  
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A  
00 MAR 2021  
PROTOCOLO



Ag 2492  
Conta 85994-2  
013 operação  
poupança



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403  
7 - Profissão: Recebeu-se 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 20 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

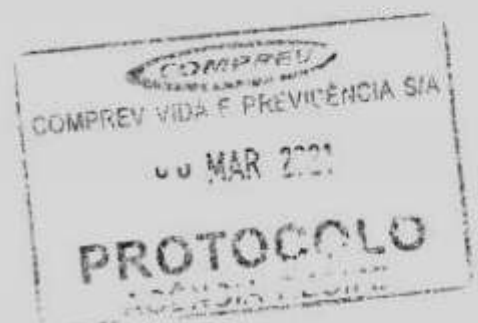
TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Bezerros - PE - 11-02-2021  
- José Floriano da Silva



Ag 2492  
Conta 85994-2  
013 operação  
poupança



# 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: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403  
7 - Profissão: Recebeu-se 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 20 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021  
- José Floriano da Silva

---

**Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210156102**

**Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE FLAVIO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de seqüela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210121720 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FLAVIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 05/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 02, 03, 05 E 06.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO JUDICIAL (3190293010 - 25/11/2017) ANTERIOR PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3210080950 Data da solicitação: 09/04/21  
Nome do beneficiário: Jose Flávio da Silva CPF do beneficiário: 05370777403  
Nome do solicitante: Jose Flávio da Silva CPF do solicitante: 05370777403

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9668-4814 Tel. Comercial: ( ) Tel. Residencial: ( )

E-mail: \_\_\_\_\_

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

Novos documentos médicos

Laudo do IML

Boletim de Ocorrência

Notas fiscais complementares

Outros: \_\_\_\_\_ (DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Segue documentação médica



Bezerras, 09/04/21  
Local e Data

Jose Flávio da Silva  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210121720 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FLAVIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 05/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 02, 03, 05 E 06.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO JUDICIAL (3190293010 - 25/11/2017) ANTERIOR PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102214031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA  
1

COD. DE NAVAM  
557731691

RHTRC  
\*\*\*\*\*

NOME/ENDEREÇO  
JOSE ADRIANO MONTEIRO  
FABENDA SANTANA 59  
CASA ZONA RURAL  
BEZERROS-PE 55650-000

CPF/CNPJ  
040.713.224-45

PLACA  
KLE3145

NOME ANTERIOR  
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUAR

PLACA ANT/UF  
\*\*\*\*\*

CHASSI  
9C2KC1670DR021954

ESPECIE TIPO  
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTIVEL  
ALCO/GASO

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB ANO MOD  
2013 2013

CAP/POT/CIL  
2P/149CV

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETO

20134279

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA PROTOCOLO  
20134279  
MAR 2013

LOCAL  
BEZERROS-PE

DATA  
06/08/13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO FAVARES BURIL



POLÍCIA DELEGADA



*Luiz Filipe da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
MAR 1971

PROTOCOLO  
AGÊNCIA FEDERAL

5 940 133

JOSE FLAVIO DA SILVA >>

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

PE 7 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

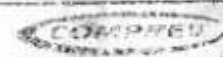
24/07/1981

67 LAZES F. 133V CART. SAPUCAIA RUA BEZERRAS-PT

11/09 1982 >>

LE Nº 7 16 DE 2008

ASS. NATURA DA ORETTA



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

00 MAR 2021

PROTOCOLO



**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**053.707.774-03**

**Nome**

**JOSE FLAVIO DA SILVA**

**Nascimento**

**24/07/1981**



COMP  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

NUM. 2301

PROT. 2010  
ADICION. 2009

Companhia Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## CONSUMIDORA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Aracaju - Sergipe

Vista, Recife - PE. CEP 50050-902

Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
SITIO DOS REMEDIOS 50

CENTRO/SITIO DOS REMEDIOS  
BEZERROS PE  
55660-000

CONTA/CONTRATO

7017803276

MÊS/ANO

06/2020

DATA DE VENCIMENTO

01/07/2020

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

27/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,90

### DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

30,00000000

30,00000000

PREÇO (R\$)

0,00000003

0,00000003

VALOR (R\$)

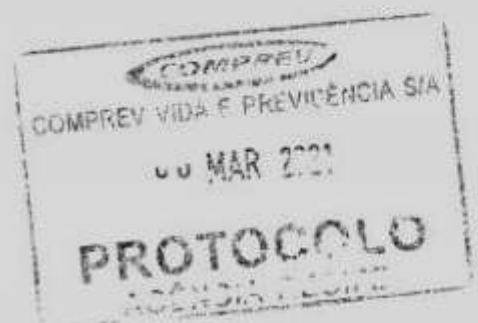
0,00

0,00

0,90



Ag 2492  
Conta 85994-2  
013 operação  
poupança



# 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: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: José Floriano da Silva

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

5 - Nome completo: José Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403  
 7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: S. dos Remédios 9 - Número: 20 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0190 CONTA: 85994

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Bezerros - PE - 11-02-2021  
 - José Floriano da Silva