



Número: **0104506-58.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FLAVIO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97031346	19/01/2022 09:50	2851171_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO A

Processo: 01045065820218172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE FLAVIO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/10/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/02/2020**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 02/02/2020 após 4 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 26/10/2020, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada IMPROCEDENTE.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de janeiro de 2022.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bapo					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE FLAVIO DA SILVA**, em curso perante a **21ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 01045065820218172001.

Rio de Janeiro, 19 de janeiro de 2022.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

1234567

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³ "APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷**art.** **1º** **§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.** (...) .

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0104506-58.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FLAVIO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97031354	19/01/2022 09:50	ANEXO 1	Outros (Documento)



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

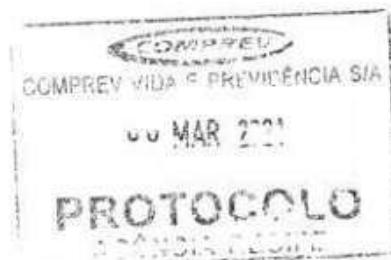
Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da Silva, ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho, centro /Bezerros, que Constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo, com queixa de queda de moto, numero 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



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

F 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

47 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZES F 133V CAPT SAPUCAIA NAIA BEZERRAS-PE

04/03/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

11 N° 7.10 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 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



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO
POLÍCIA FEDERAL



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

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

30,0000000

0,00000003

0,00

30,0000000

0,00000003

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 SÍTIO DOS REMÉDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SÍTIO DOS REMÉDIOS - 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/NAO 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.

PROTOCOLADO



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**

[Handwritten signature]





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 (Consumado) 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 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/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



Handwritten signature



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

cl





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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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/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 beneficiário, 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:

PROTÓCOLO

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Bezenos - PE - 11-02-2021
- J. Floriano da Silva





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

Rio de Janeiro, 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 sequela 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

Pag. 01721/01722 - carta_05 - INVALIDEZ

00030861



Carta nº 16810946



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

5940133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

47 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZES F 133V CAPT SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

04/03/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

11 N° 7.10 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 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



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO

PROTEÇÃO



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

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

30,0000000

0,00000003

0,00

30,0000000

0,00000003

0,00

0,90



REPUBLICA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102214031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA
1

COD. DE NAVAM
S57731691

RENTRE

NOME/ENDEREÇO
JOSE ADRIANO MONTEIRO
FAZENDA SANTANA 59
CASA ZONA RURAL
EEZERROS-PE

55650-000

CNPJ
040.713.224-46

PLACA
KLE3145

NOME ANTERIOR
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUAR

PLACA ANT/UF

CHASSI
BC2KC1670DR021954

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTIVEL
ALCO/GASO

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB
2013

ANO MOD
2013

CAP/POT/CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETO

20134279

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA PROTOCOLO
DOCUMENTO VALIDO SEME PARCANGRE

LOCAL
EEZERROS-PE

DATA
06/08/18



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 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?

Lesões de fratura distal do fêmur esquerdo
CID 10 S72.3

Há incapacidade ou limitação laboral? Desde quando?

Limitação laboral DEFINITIVA

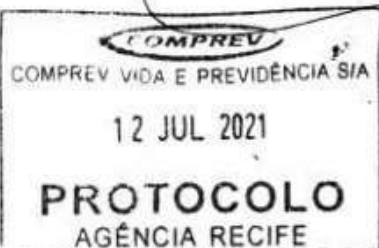
Qual o tempo de repouso estimado necessário para sua recuperação ou o prazo é indeterminado?

INCAPACIDADE PERMANENTE

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

09/02/2021

_____ de _____ 202__



Identificação do médico com CRM, sob carimbo





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 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 DD/MM/AA
Nome do beneficiário: José Flávio da Silva	CPF do beneficiário: 053707774-03
Nome do solicitante: José Flávio da Silva	CPF do solicitante: 053707774-03

DADOS PARA CONTATO		
Tel. Celular: (81) 9668-4814 DDD	Tel. Comercial: () DDD	Tel. Residencial: () DDD
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?		COMPROVADA E PREVIDÊNCIA SIA 12 JUL 2021 PROTOCOLO PREVIDÊNCIA RECIFE
☐ NÃO	☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues: ☒ Novos documentos médicos ☐ Laudo do IML ☐ Boletim de Ocorrência ☐ Notas fiscais complementares ☐ Outros:	

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:
Segue documentação médica, laudo médico no qual fica comprovado a lesão

Bezerros, 05/07/21
Local e Data
José 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).



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

5940133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

47 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZES F 133V CAPT SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

04/03/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

11 N° 7.10 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 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



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO
POLÍCIA FEDERAL



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

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

30,0000000

0,00000003

0,00

30,0000000

0,00000003

0,00

0,90





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

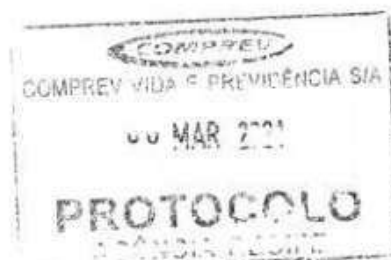
Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da Silva, ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho, centro /Bezerros, que Constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo, com queixa de queda de moto, numero 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 05370777403 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: Jose 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: Jose Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403
7 - Profissão: Relizador de 8 - Endereço: S. dos Remedios 9 - Número: 50 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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/vovós? ☐ 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 beneficiário, 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: PROTOCOLO
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

Bezerros - PE - 11-02-2021
- Jose 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/NAO 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.

PROTOCOLO



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**

[Handwritten signature]





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 (Consumado) 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 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/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



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

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

581678
H / *[Signature]*





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: 05370777403 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: Jose 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: Jose Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403
7 - Profissão: Relizador de 8 - Endereço: S. dos Remedios 9 - Número: 50 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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/vovós? ☐ 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 beneficiário, 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: PROTOCOLO
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

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





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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: 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/vovós? ☐ 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 beneficiário, 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

Bezenos - PE - 11-02-2021
- J. Floriano da Silva





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

Rio de Janeiro, 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 sequela 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

Pag. 00593/00594 - carta_05 - INVALIDEZ

00020287



Carta nº 16967663



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069827/21

Vítima: JOSE FLAVIO DA SILVA

Data do acidente: 26/10/2020

CPF: 053.707.774-03

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FLAVIO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE FLAVIO DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva



REPUBLICA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102214031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA
1

COD. DE NAVAM
S57731691

RETRC

NOME/ENDEREÇO
JOSE ADRIANO MONTEIRO
FAZENDA SANTANA 59
CASA ZONA RURAL
EEZERROS-PE

55650-000

CNPJ
040.713.224-46

PLACA
KLE3145

NOME ANTERIOR
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUAR

PLACA ANT/UF

CHASSI
BC2KC1670DR021954

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTIVEL
ALCO/GASO

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB
2013

ANO MOD
2013

CAP/POT/CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETO

20134279

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA PROTOCOLO
DOCUMENTO VALIDO SEME

LOCAL
EEZERROS-PE

DATA
06/08/18

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
Total			0 %	R\$ 0,00



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:**

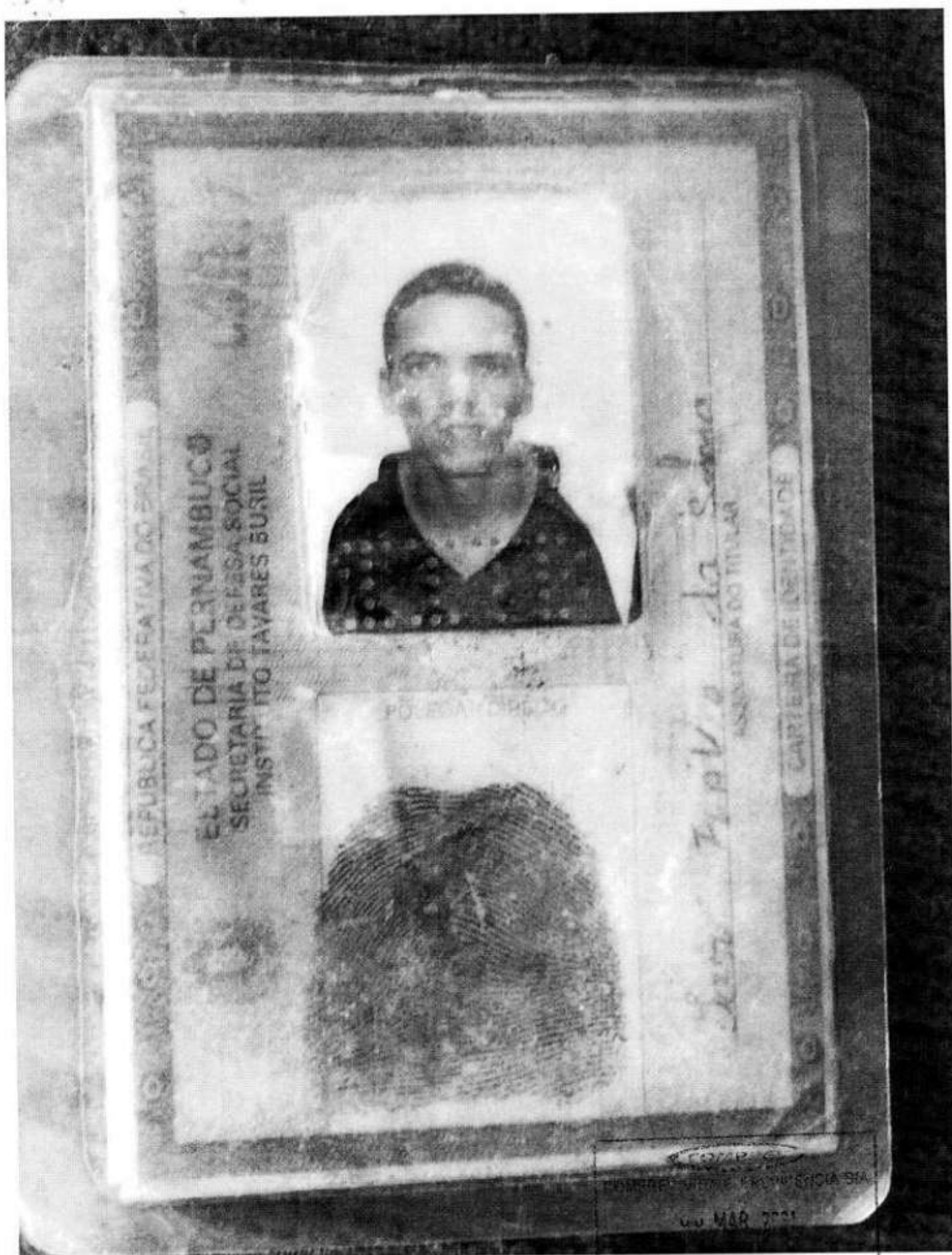
Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3180328081 EM NÍVEL INTENSO PARA O JOELHO ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
Total			0 %	R\$ 0,00





PROTÓTIPO
MAR 2001
PROTOCOLO
NÚMERO DO DOCUMENTO



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

5940133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

47 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZES F 133V CAPT SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

04/03/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

157 N° 7 10 DE 250803

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 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



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO
POLÍCIA FEDERAL



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



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

5940133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

47 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZES F 133V CART SAPUCAIA RUA BEZERRAS PE

04/03/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

11 N° 7 10 DE 250803

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 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



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO
POLÍCIA FEDERAL



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

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

30,0000000

0,00000003

0,00

30,0000000

0,00000003

0,00

0,90





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Jose Flavio da Silva

REG.: 104653

DATA DE NASCIMENTO: 24/04/1981

DATA DA CIRURGIA: 03/11/2020

DIAGNÓSTICO: Fratura distal fêmur direito

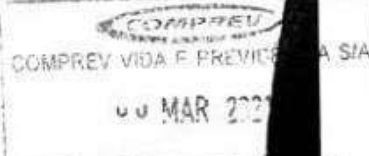
TRATAMENTO: Ampliação e placa com 4 parafusos
e fixação

DATA DO RETORNO: 12/11/2020 - 6h

MOTIVO DO RETORNO: Clínica de reabilitação

início marcha para 15 dias
120 dias e 15 dias
15 dias

João Marlon V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5980





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, numero da ocorrência: 7772, AS 10hrs e 50 Min, o mesmo foi encaminhado UPA.

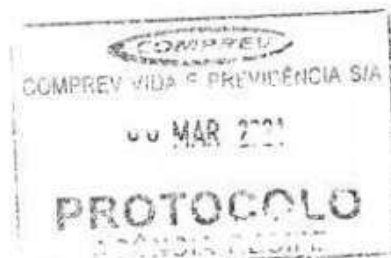
Bezerros PE; 17/12/2020

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 - 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/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **NAO**
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.

PROTOCOLADO



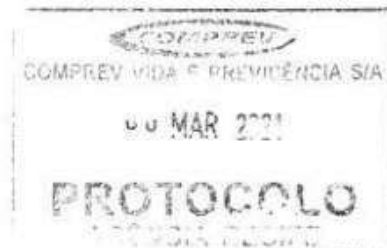
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Flavio da Silva

JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

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

[Handwritten signature]





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 (Consumado) 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 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/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



Handwritten signature



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

cl





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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: CONTA: 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/vovós? ☐ 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 beneficiário, 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: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

Bezenos - PE - 11-02-2021
- J. Floriano da Silva





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

Rio de Janeiro, 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 sequela 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

Pag. 01779/01780 - carta_05 - INVALIDEZ

00020890



Carta nº 16713770





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: 05370777403 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: Jose 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: Jose Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403
7 - Profissão: Relizador de 8 - Endereço: S. dos Remedios 9 - Número: 50 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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 beneficiário, 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: PROTOCOLO
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

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





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e pedidos): Capitais e regiões metropolitanas: 0800 15 96 / Outras regiões: 0800 022 17 04 / Das 8h às 18h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8119 | 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 50 32 37 20 Data da solicitação: 25.05.2021
Nome do beneficiário: José Elvino da Silva CPF do beneficiário: 053.764.714-3
Nome do solicitante: José Elvino da Silva CPF do solicitante: 053.764.714-3

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:

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
25 MAI 2021
PROTOCOLO
(DESCREVER)

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

Estou encaminhando novos documentos. Os mesmos informam a minha sequelha.
Fico no aguardo de uma perícia médica

Rozendo PE, 25.05.2021

Local e Data

José Elvino 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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE FLAVIO DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO		2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO		4 - CNES 2344254
Identificação do Paciente		6 - Número do Prontuário 107653
5 - Nome do Paciente JOSE FLAVIO DA SILVA		10 - Raça/Cor
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700004549923606	8 - Data Nascimento 24/07/1981	9 - Sexo MASCULINO 1
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 PREVIDENCIA S/A
2º MAI 2021

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

Rx

PROTOCOLO
CÁNDIDA REGTE

23 - Diagnóstico inicial Fratura de Fêmur	24 - CID 10 Principais S724	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 095060441 040204555 061002051
--	--------------------------------	------------------	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO

- Descrição do Procedimento Solicitado Internamento		28 - Código do procedimento 040845102-9
--	--	--

29 - Clínica Cirurgia	30 - Caráter de internação Urgência	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 08260254-60
33 - Nome do Profissional Solicitante Dr. A. Maciel	34 - Data de solicitação 28/10/2020	35 - Assinatura e carimbo (módulo registro do conselho) CRM-RJ 25830	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Silete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNES de estabelecimento de origem Dr. João Luiz Araújo Júnior CRM 24699	
38 - () Acidente de Trabalho trajeto	44 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () aposentado () Não segurado		

AUTORIZAÇÃO

48 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de Internação
49 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	52 - Nr. Autorização de Internação	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)		

PREFEITURA DE BEZERROS
Secretaria Municipal de Saúde
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL
262010534952-1

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 0805/21
Hospital Jesus Pequeno

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENF - 03 - LEITO_2
Enfermaria: ORTOPEDIA

Atendimento: 801505 Data: 28/10/2020 Hora: 9:50

Convênio: SES - ORTOPEDIA

Responsável:

Médico: DRA. BARBARA P. F. NETO

Paciente: 107853 JOSE FLAVIO DA SILVA

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

Endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS, SN

Bairro: ZONA RURAL

IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS

Pai: MANOEL MARIANO DA SILVA

Mãe: RITA GOMES DA SILVA

Nacionalidade: BRASIL

Obs.: SENHA ORTOPÉDICA: 783405

Recepç.: PAULA KAROLYNE DOS S. BEZERRA

Matrícula: 700004549923606

Identidade:

Cartão SUS: 700004549923606

Sexo: MASCULINO Cor:

Est. Civil:

C.P.F. 05370777403

Identidade: 5940133 SDS PE

Telefone:

G.Instrução:

Ocupação:

Naturalidade: BEZERROS

Queixa do Paciente:

fratura de fêmur

do URGEM

H.D.A.:

Dra. Barbara Neto
CRM-PE 27158

Exame Físico:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

2º MAI 2021

PROTOCOLO

AGÊNCIA LEGAL

Tratamento:

Paciente Neto e Acompanhante
Dra. Barbara Neto
CRM-PE 27158
Acompanhante

Dra. Barbara Neto
CRM-PE 27158

Bezerros, 28 de outubro de 2020

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 0505121
Hospital Jesus Pequeno

Assinatura e Carimbo do Médico
José Lourenço dos Santos
Assistente Social



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rogério Flávio da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/DOR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Agreste do S

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

- Paciente com um ponto

- lesão nos tornozelos

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

- alguns sinais

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

- X + exames

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Frustração crônica

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Frustração crônica

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - 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)

Conferido Com Documento
Original Bezerros PEC 02/2012
Hospital Jesus Requeimino

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSE FLAVIO DA SILVA CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO 107653
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	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE. REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA E FIXAÇÃO COM: 01 PLACA BLOQUEADA DE FEMUR DISTAL 08 ORIFÍCIOS 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	

João Marilton
Ortopedista
CRM 5580

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 0505121
Hospital Jesus Pequeno

José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



FICHA DE ANESTESIA

Nº 03/11
Data: 03/11

Anestesia: Rugulocin NB
Nome: Maria Flávia da Silva do Registro 107653 Nº. na Clínica:
nca: Andréia Quarto: 3 Leito: 2 Idade: 39 Sexo: m cor: br
Operador: Roberto Tavares Assist.: João Marilton Anestesista: RUBRANT
Diag. Preop.: Fratura de fêmur "E" Diag. Posop.: O mesmo
Op. Proposta: Fratura de fêmur Op. Realizada: Fratura de fêmur
Premeditação: Pre-medicação Hora: 14:30 Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 2-3

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	Nº	15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45		
		02														
Líquidos																
PA	°C	14:30														
V																
PULSO																
ANES																
x																
OP																
O																
TEMP.																
A																
ASPIR.																
A																
RESPIR.																
O																
Expor																
Azeite																
Contro.																
SÍMBOLOS																

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. <u>Bupivacaína</u>	<u>150 - 150</u>	<u>Aspiral</u>	<u>PVA</u> <u>- em 20 seg</u> <u>- em 20 seg de 100</u> <u>PORTE - 5</u>
C. <u>+ 150 - 150</u>		<u>150 - 150</u>	
D. <u>150 - 150</u>		<u>150 - 150</u>	
E. <u>150 - 150</u>		<u>150 - 150</u>	
F. <u>150 - 150</u>		<u>150 - 150</u>	
G.			
LÍQUIDOS			
<u>150 - 150</u>			
CÂNULA - NASOFARÍNGEA			
NASOFARÍNGEA - CEGA			
BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO			
SOB - MÁSCARA			
DIFICULDADE TÉCNICA			
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
<u>150 - 150</u>			
ANESTESISTA:			
<u>Roberto Tavares</u>			
CIRURGIÃO:			
<u>João Marilton</u>			
PERDA SANGÜÍNEA:			
<u>150 - 150</u>			



COMANDA 642030

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Jose Flavio da Silva Registro Nº. 107653
 Apt.: _____ Enfermaria.: 15 Data: 03/11/20
 Cirurgia: Inet. urg Front Frenum Cirurgião: Dr. João Maristam
 Anestesia: Raquin Anestesista: Dr. Roberto
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nauseidron	<u>02 Amp</u>
Adrenalina Destilada	<u>01 Amp.</u>	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Qualicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	<u>01 Amp</u>	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	<u>02 Amp</u>	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1	<u>01 Amp</u>	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico 100ml	<u>03 linc</u>
Etil Morfina		Soro Glicosado	
Fluoxaprina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Transamin	
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	<u>01 grama</u>	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaína c/a		Agulha desc. 25x7/40x12/0.45x13	<u>04 linc</u>
Marcaína s/a		Agulha de Pleco	
Marcaína Pesada	<u>01 Amp</u>	Agulha Raqui 25	<u>01 linc</u>
Methergin		Algodão Hidrófilo	

Comprovado com Documento
 Original Bezerras PE 0505 R1
 Hospital Jesus Pequeninco

José Lorraindo dos Santos
 Assistente Social
 CPF 10150



Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico 2	1	CatGut Crom c/a 1	0.1 unid
Atadura Crepe 15 x 10 c	0.3 unid	Fio de Algodão	
Atadura Gesso		Fio de Aço	
Azul de Metileno		Fio Kirschner	
Bolsa p/ Colostomia		Fio Maleável	
Cateter Nasal	0.1 unid	Monocryl	
Clamp Umbilical		Mononylon 2.0	0.2 unid
Coletor Sistema Aberto		Polycot	
Coletor Sistema Fechado		Propelane	
Comp. Cirúrgica	0.3 Pacote	PDS	
Dreno de Sucção		Seda	
Dreno Penrose		Vicryl	
Dreno Tórax		LÍQUIDOS	
Eletrodos	0.1 0.5 unid	Água Oxigenada	50ml
Equipo Macrogotas		Álcool 70%	100ml
Escova de Degermação		Glutaraldeído	50ml
Espadrado		Éter	
Espadrado Micropore		Formol	150ml
Gaze 7x5x7,5	0.3 Pacote	Clorexidina Degermante	
Neocaina Pesada		TAXAS	
Neocaina Isobárica		Oxímetro de Pulso	Tx
Infusor p/soluções Parenterai 2 vias		Aspirador	Tx
Intracath		Bisturi Elétrico	Tx
Jelco		Desfibrilador	Tx
Liga Clip		Monitor	Tx
Lamina Bisturi 27	0.2 unid	OXIGÊNIO	
Látex 204		Das às	
Luva Estéril 8,0 7,0 7,5	0.6 Parus		
Luva Descartável	0.3 Parus		
Máscaras			
Polifix			
Pró-Pés			
Scalp			
Seringa de 01 cc	0.1 unid		
Seringa 03 cc	0.3 unid		
Seringa 05 cc	0.1 unid		
Seringa 10 cc			
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda "3v" n°			
Transofix			
Pulseiras de RN			
Toucas			
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			

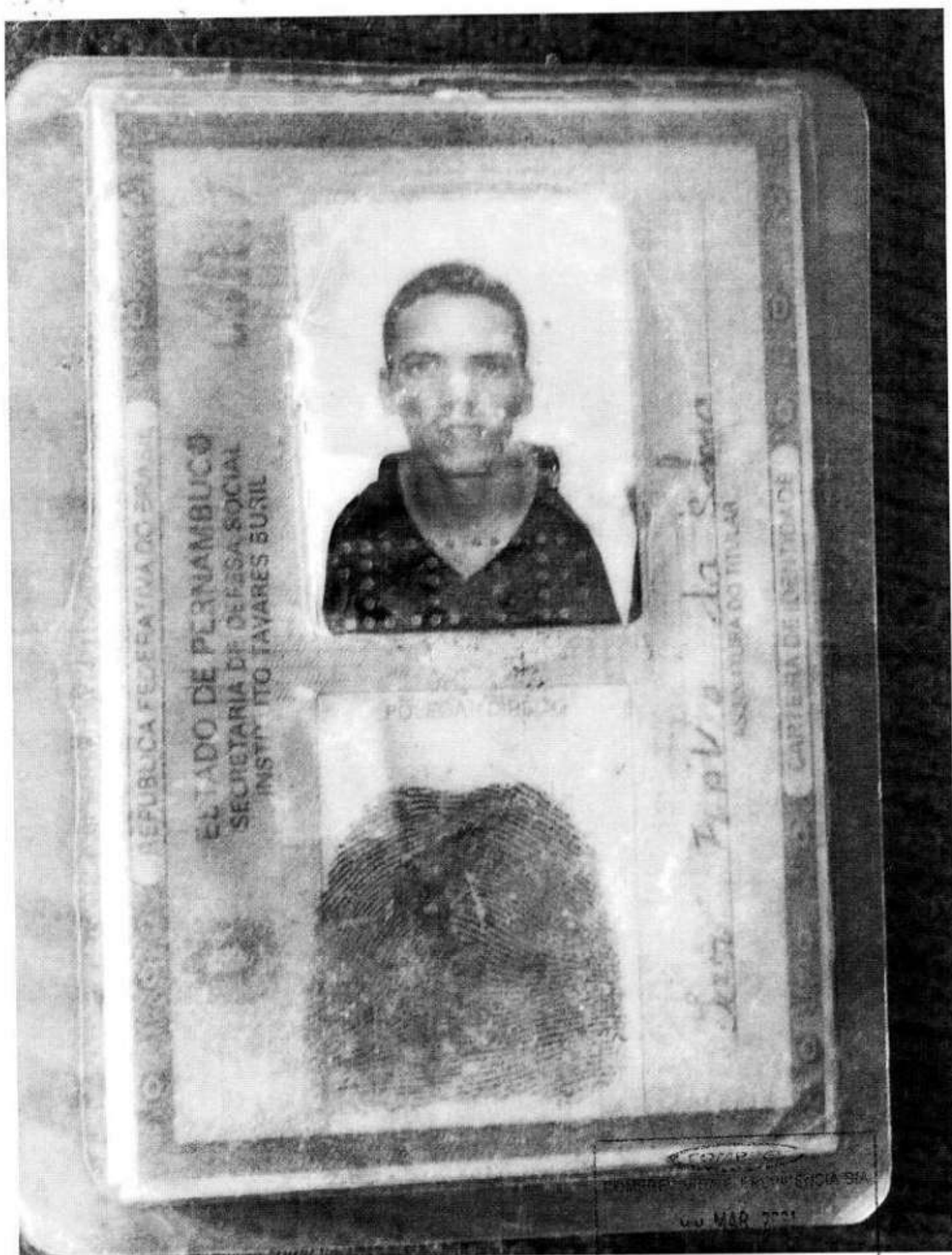
Telma Maria de Oliveira
 Téc. Enfermagem
 COREN-PE-570209

Telma

Conferido Com Documento
 Original Bezerras PE 0505121
 Hospital Jesus Pequeno

José Luiz dos Santos
 Assistente Social
 CRESS 10150





PROTÓTIPO
MAR 2001
PROTOCOLO
NÚMERO DO DOCUMENTO



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

5940133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

47 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZES F 133V CAPT SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

04/03/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

11 N° 7.10 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 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



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO

PROTEÇÃO



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

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

30,0000000

0,00000003

0,00

30,0000000

0,00000003

0,00

0,90





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

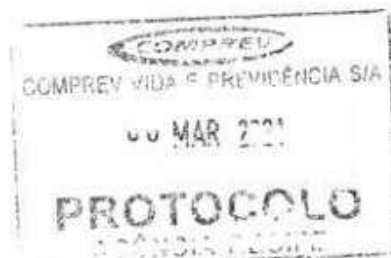
Declaro para os devidos fins e em atenção ao pedido da Sr. Jose Flavio da Silva, ID: 2694202 SSP-PE, residente na Rua Jose Pessoa sobrinho, centro /Bezerros, que Constam nos registros do SAMU- Bezerros, atendimento realizado na data 26/10/2020, referente ao atendimento realizado ao mesmo, com queixa de queda de moto, numero 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



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

F 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

47 ANOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZES F 133V CAPT SAPUCAIANA BEZERRAS-PE

04/03/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.10 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 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



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A

MAIO 2001

PROTEÇÃO
POLÍCIA FEDERAL



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

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

30,0000000

0,00000003

0,00

30,0000000

0,00000003

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 SÍTIO DOS REMÉDIOS, 50, VILA / ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: SÍTIO DOS REMÉDIOS - 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/NAO 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.

PROTOCOLO



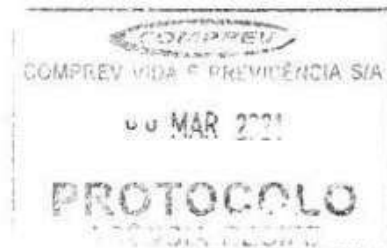
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Flavio da Silva

JOSE FLAVIO DA SILVA
(VITIMA)

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

[Handwritten signature]





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 (Consumado) 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 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/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



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

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

581678
H [Signature]





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: 05370777403 3 - CPF da vítima: 05370777403 4 - Nome completo da vítima: Jose 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: Jose Floriano da Silva 6 - CPF: 05370777403
7 - Profissão: Relizador de 8 - Endereço: S. dos Remedios 9 - Número: 50 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.

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/vovós? ☐ 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 beneficiário, 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
- Jose Floriano da Silva





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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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/vovós? ☐ 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 beneficiário, 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

Bezenos - PE - 11-02-2021
- J. Floriano da Silva





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

Rio de Janeiro, 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 sequela 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

Pag. 01307/01308 - carta_05 - INVALIDEZ

00020654



Carta nº 16890475



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
Total			0 %	R\$ 0,00





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 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: José Flávio da Silva
CPF do beneficiário: 053.407.774-03
Nome do solicitante: José Flávio da Silva
CPF do solicitante: 053.407.774-03

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9668-1814 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



Bezerra, 09/04/21
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
		Total	0 %	R\$ 0,00



REPUBLICA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 010102214031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA
1

COD. DE NAVAM
S57731691

RENTRE

NOME/ENDEREÇO
JOSE ADRIANO MONTEIRO
FAZENDA SANTANA 59
CASA ZONA RURAL
EEZERROS-PE

55650-000

CNPJ
040.713.224-45

PLACA
KLE3145

NOME ANTERIOR
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUAR

PLACA ANT/UF

CHASSI
BC2KC1670DR021954

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTIVEL
ALCO/GASO

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB
2013

ANO MOD
2013

CAP/POT/CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETO

20134279

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA PROTOCOLO

DOCUMENTO VALIDO SEMPRE PARA FANTASIA

LOCAL

EEZERROS-PE

DATA

06/08/18



JOSE FLAVIO DA SILVA >>

F 940.133

MANOEL MARIANO DA SILVA >>

RITA GOMES DA SILVA >>

47 RIOS

PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1981

LAZES F 133V CAPT SAPUCAIA NAIA BEZERRAS-PE

04/03/1982 >>

SIGNATURA DO DIRETOR

11 N° 7.10 DE 25/08/83

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 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



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA

MAIO 2001

PROTEÇÃO

PROTEÇÃO



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

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

30,0000000

0,00000003

0,00

30,0000000

0,00000003

0,00

0,90





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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: 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/vovós? ☐ 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 beneficiário, 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

Bezenos - PE - 11-02-2021
- J. Floriano da Silva

