



Número: **0000065-84.2023.8.17.2250**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Belém São Francisco**

Última distribuição : **09/02/2023**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
URIAS JOSE DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12837 8670	20/03/2023 10:47	anexo 2	Ações processuais\Documento de Comprovação

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO: 320047479703

VALOR TOTAL: 2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: URIAS JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01695

CONTA: 000000038086

Número da Autenticação



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474797 **Cidade:** Belém do São Francisco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: URIAS JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA (PG 2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
PG 2/5 - EVOLUÇÃO

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 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474797 **Cidade:** Belém do São Francisco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: URIAS JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura dos osso da perna esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, com encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 15°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Limitação funcional grave nos movimentos da perna esquerda, com déficit de força muscular, hipotrofia muscular e marcha claudicante com apoio

Resultados terapêuticos: Foi realizado procedimento cirúrgico. Apresentou osteomielite em perna esquerda, sendo realizado novo procedimento cirúrgico
Alta médica

Sequelas permanentes: Deficit funcional severo em membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/03/2021

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente em 25 % do membro inferior esquerdo, após nova avaliação recebe indenização complementar.

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 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00





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, 12 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200474797

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), URIAS JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **URIAS JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001695-0**

Conta: **00000038086-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 02 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200474797

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), URIAS JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **URIAS JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000001695-0**

Conta: **00000038086-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 191ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAUBEIRA DA PENHA - DP191ªCIRC
DINTER222ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0281000146

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/11/2020 às 08:53

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 17/9/2020 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, FAZENDA CANOAZONA RURAL DE BELEM DO SAO FRANCISCO. - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL.
Local do Fato: FAZENDA / CANOAZONA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR/AGENTE)
ELEZER JOSE DA SILVA (NOTICIANTE)
EILJO PEDRO DA SILVA (TESTEMUNHA)
FRANCISCO JOSE DA SILVA (TESTEMUNHA)
URIAS JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

.....
ELEZER JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M ãe: ANA JOSEFA DA SILVA Pai: JOSE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 17/7/1986 Naturalidade: BELEM DE SAO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL. Documentos: 8874148808/PE (RG), 06162103464 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 998124028
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, LAGOA DA PEDRA VERMELHA, RANCHO DOS HOMBENS - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL.

URIAS JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino M ãe: ANA JOSEFA DA SILVA Pai: JOSE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 28/12/1987 Naturalidade: BELEM DE SAO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL. Documentos: 9082918808/PE (RG), 12144841408 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 998124028
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, LAGOA DA PEDRA VERMELHA, ZONA RURAL - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL.

EILJO PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino M ãe: MARIA JOSEFA DOS SANTOS Pai: PEDRO ROMÃO FILHO Data de Nascimento: 14/4/1981 Naturalidade: CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO / BRASIL. Documentos: 8528979608/PE (RG), 09570288412 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, FAZENDA CANOAZONA RURAL - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL.

FRANCISCO JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino M ãe: ANA JOSEFA DA SILVA Pai: JOSE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 28/11/1981 Naturalidade: BELEM DE SAO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL. Documentos: 6988787/808/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 01, FAZENDA LAGOA DA PEDRA VERMELHA - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL.

OUTRO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido M ãe: D Pai: D Data de Nascimento: 1/1/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

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

.....
MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): URIAS JOSE DA SILVA



Categoria: Motocicleta; Modelo: MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN RS; Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: KIM-8563 (PERNAMBUCO/BELEM DE SAO FRANCISCO) Renavam: 71889822 Classe: 802.0200001188906
Ano Fabricação: 1989/1989 Combustível: GASOLINA
Descrição: A MOTOCICLETA ESTA EM NOME DE JOSE MANOEL DA SILVA

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARECEU NESTA DEPOL COMUNICANDO QUE, NO DIA 17/09/2020, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, SEU IRMÃO URIAS JOSE DA SILVA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA, DE PLACA KIM-8563, NA ESTRADA VICINAL, ENTRE O DISTRITO DE BARRA DO SILVA, ZONA RURAL DE CARNAUBEIRA DA PENHA E O DISTRITO DE RIACHO PEQUENO, ZONA RURAL DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO, SENTIDO RIACHO PEQUENO, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA FAZENDA CANOA, MUNICÍPIO DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO, DE PROPRIEDADE DE DONA "NANZINHA", PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO DERRAPAR NA ESTRADA, E CAIU, FRATURANDO A PERNA ESQUERDA. RELATA AINDA QUE SEU IRMÃO FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE ARMANDO JOSE DA SILVA, RESIDENTE NA FAZENDA CANOA, PARA O HOSPITAL DE CARNAUBEIRA DA PENHA, E DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI REMOVIDO PARA O REGIONAL DE SERRA TALHADA.

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

ELIEZER JOSE DA SILVA

ELIEZER JOSE DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: AECIO DE BARROS XAVIER - Matrícula: 2214286



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: 121.448.414-03 4 - Nome completo da vítima: Urias Jose 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: Urias Jose da Silva 6 - CPF: 121.448.414-03
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: FZ Rancho dos homens 9 - Número: 13 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Riacho Pequeno - Rural 12 - Cidade: Belém de São Francisco 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56310-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (87) 96347907

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) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 01599 CONTA: 038086 5
(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 5.194/74), 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 nascituro (mãe solteira)? 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 às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura
legível do
devidor
beneficiário
ou representante

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

40 - Local e Data, Serra Talhada - PE 14.12.2020.

X URIAS JOSE DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Paraíba de Menezes
Silva Procurante
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

i.001 V002/2019



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.714 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Yves Jose da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.418.414 / 03
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Yves Jose da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.418.414 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Francisco Clavo</u>	Número: <u>100</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56312-130</u>	Tel.(DDD): <u>1871 336344907</u>

Local e Data: Serra Talhada - PE 14.12.2020

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante





Gov. Municipal de
CARNAUBEIRA
DA PENHA
Trabalho e compromisso com o povo.

UNIDADE MISTA ARGEMIRO JOSÉ TORRES

Secretaria Municipal de Saúde de Carnaubeira da Penha

BOLETIM DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 27/09/20		HORA ATENDIMENTO: 18:56 h.		Nº DO REGISTRO:	
NOME: Lucas José da Silva				SEXO: MASC (x) FEM ()	
IDADE: 23 a		DT NASC.: 28/1/01/97		COR: _____	
INDIO: SIM () NÃO () ÉTNIA: _____					
MÃE: Luciana Jordana da Silva					
PAI: José Manoel da Silva					
CNS Nº: 109 4637 0927 8960		R.G. Nº		CPF Nº	
ENDEREÇO: Rua Fátima Carmeida					
BAIRRO: São João			CIDADE: Carnaubeira		
PROFISSÃO: Açougueiro			ESTADO CIVIL: Casado		
RESPONSÁVEL/COMPANHANTE: O pai					
CONTATO: _____					
NATURALIDADE: Carnaubeira					
S. VITAIS: T: _____ °C		FR: _____ RPM		FC: _____ BPM	
PA: _____ X		mmHg		PESO: _____ kg	
HGT: _____ mg/dl					

TIPO DE ATENDIMENTO: Clínico (); Pediátrico (); Obstétrico (); Cirúrgico (); Acad. de Trabalho (); Acad. Automobilístico ();

Agressão (); Psiquiátrico (); Outros ().

HISTÓRICO DO PACIENTE

— + — os pulmões.

Diagnóstico: fractura de ossos da perna CID: S30.0

CONDUTA REALIZADA/EXAME CLÍNICO

Procedimento: _____ Código: _____

MEDICAÇÃO PRESCRITA

— Motrin — 18:56

— DTP 1000 + An — 18:56

Assinatura e Carimbo Médico(a)

Assinatura e Carimbo Enfermeiro(a)

Assinatura e Carimbo Tec/Aux Enfermagem

FRANCISCO JOSÉ DA SILVA

ASSINATURA/IMPRESSÃO DIGITAL DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Maiores vezes

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA





Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES 2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES 2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

021194841403

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

08408809248466

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Leiana Jozzi da Silva

10 - DATA DE NASCIMENTO

28/02/1997

11 - SEXO

Masc. Fem.

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Ana Jozzi da Silva

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

85 88424029

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

5m

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caruaru - PE

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Transtorno do humor bipolar em fase de mania

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

Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do osso do antebraço

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S82.3

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atendimento no ambulatório

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408050543

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO () CNS () CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Ebenone Antônio da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15122

21/09/20

Dr. Francisco Anselmo
CPF: 128.452.054-40
CRM: 5322

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

46 - COD. ORGAO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR(H)

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA: melhora do

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletivo

DATA DA INTERNAÇÃO: 23/09/2020



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

CLÍNICA

CIRURGICA

Atendimento: 23/09/2020 Prontuário: 00047996 Registro: 00101598 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: URIAS JOSE DA SILVA

Data Nascimento: 28/02/1997 Idade: 23 Anos, 7 Meses Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
 Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: Nacionalidade:
 Filiação: Pai: JOSER MANOEL DA SILVA Mãe: ANA JOSEFA DA SILVA
 Endereço: FAZENDA MINGU Nº 480
 Bairro: JOSE VIRGULINO Cidade: CARNAUBEIRA DA PENHA Estado: RE Telefone: 988124029

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []
 Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:
 Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA NA PERNA E.

Diagnóstico Inicial: FRATURA NOS OSSOS DA PERNA

SADT

Diagnóstico Final: O NENHUM

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [] Decisão Médica []
 Inalterado [] Alta a Pedido []
 Piorado [] Transferência []
 Óbito+48h [] Evasão []
 Óbito-48h [] Indisciplina []

Data do Internamento: 23/09/2020
 Data da Alta: 25/09/2020
Dr. Ebone A. Silva
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM: 15.122
 CPF: 882.723.544-20
 Médico Responsável

Óbito em / / Hora:



PLAÇA CIRURGICA

Nº do Procedimento

Início

Término

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiista

- 01 - PLAÇA EM T 4,5 8x2
- 02 - PARAFUSO CONT. 4,5 n. 20
- 04 - PARAFUSO CONT. 4,5 n. 28
- 04 - PARAFUSO CONT. 4,5 n. 34

Dr. Ebenêze A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15.722
CPF: 882.723.544-20
Assinatura do Cirurgião

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014



Hospital Regional Fernando Bezerra
Relatório Médico de Alta

Nome: **URIAS JOSE DA SILVA**
Reg.: 283585 Pront.: 226734
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 28/02/1997
Conv.: SUS

Idade: 24
Admissão: 19/02/2021 09:28 Alta: 20/02/2021 08:18



Admissão:
OSTEOMIELITE EM PERNA

Evolução / Conduta:
RET DE SÍNTESE

Diagnóstico:

Principal M86.9 OSTEOMIELITE NÃO ESPECIFICADA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
TRAUMATO-ORTOPEDIA	19/02/2021 09:28	19/02/2021 11:52	2 horas
ALA CIRURGICA	19/02/2021 11:52	20/02/2021 08:18	1 dia

Orientação:

AO AME
MANTER ANTIBIOTICOS E CURATIVOS
USAR MULETAS.

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. ADELMO SERGIO LAGE DE ALMEIDA
CRM: 20469

*Dr. JOSÉ LUIS DE A. F. LAGE
CRM: 20.436 - RJ - 1981*



Hospital Regional Fernando Bezerra

Relatório Médico de Alta

Nome: **URIAS JOSE DA SILVA**
Reg.: 283585 Pront.: 226734
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 28/02/1997
Conv.: SUS

Idade: 24
Admissão: 19/02/2021 09:28 Alta: 20/02/2021 08:18



Admissão:
OSTEOMIELITE EM PERNA

Evolução / Conduta:
RET DE SÍNTESE

Diagnóstico:
Principal M86.9 OSTEOMIELITE NÃO ESPECIFICADA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
TRAUMATO-ORTOPEDIA	19/02/2021 09:28	19/02/2021 11:52	2 horas(s)
ALA CIRURGICA	19/02/2021 11:52	20/02/2021 08:18	1 dia(s)

Orientação:
AO AME
MANTER ANTIBIOTICOS E CURATIVOS
USAR MULETAS.

Condição de Alta: Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. ADELMO SERGIO LAGE DE ALMEIDA
CRM: 20469

*Dr. JOSÉ LUIS DE A. F. LAGE
CRM: 20.436 - 19/02/2021*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 E INFRAESTRUTURA DE TRANSPORTES

PE

NOME: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **6870802 SDR PE**

CPF: **051.394.744-25** DATA NASCIMENTO: **19/08/1983**

PLACIAÇÃO: **ARCENO FERREIRA DA SILVA A MARIA JOSE DE MENEZES SILVA**

Nº REGISTRO: **04935894409** VALIDADE: **08/01/2025** CAT. HAB: **AB** 1ª HABILITAÇÃO: **06/05/2010**

OBSERVAÇÕES:

para M. S. Cavalcante

LOCAL: **SERRA TALHADA, PE** DATA EMISSÃO: **09/01/2020**

Assinatura do Emissor: *Roberto Fontelles*
 Roberto Carlos Mendes Fontelles
 Diretor Presidente

Assinatura do Titular:

96541934980
 PE096975440

PERNAMBUCO

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1933955697

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933955697

DE ACORDO COM O DECRETO Nº 6.755 DE 24 DE ABRIL DE 2010







680407885





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: 3200 4747 97

Data da solicitação: 11.03.2021
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Urias Jose da Silva

CPF do beneficiário: 121.448.441-03

Nome do solicitante: Urias Jose da Silva

CPF do solicitante: 121.448.441-03

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (87) 96341907

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 IMI
 Boletim de Ocorrência
 Notas fiscais complementares
 Outros:

(DESCREVER)

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

Senna Lanhada - PE 11.03.2021

Local e Data

X URIAS JOSE DA SILVA

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474797 **Cidade:** Belém do São Francisco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: URIAS JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA (PG 2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
PG 2/5 - EVOLUÇÃO

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 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474797 **Cidade:** Belém do São Francisco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: URIAS JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, EVOLUI COM OSTEOMIELETTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *DOC PÁG. 01 02 // SINISTRO ATUAL INDENIZADO EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.// SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Procuração

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

1. Outorgante Urias Jose da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 9.092.618, expedido por SDS-PE, em

09/08/2010, inscrito no CPF sob o nº 121.448.414-03, residente na

Fz Rancho dos Homens, nº 13

complemento Casa, Bairro Riacho pequeno - Rural, cidade

Belem de São Francisco, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

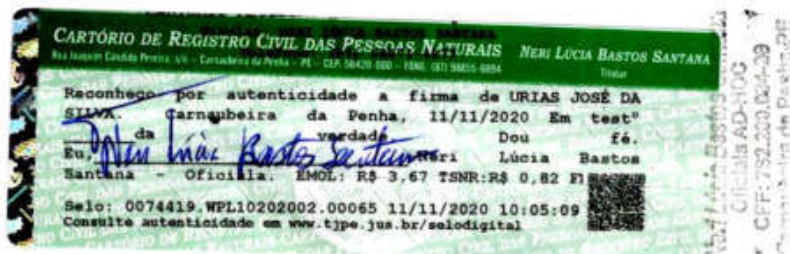
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

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

Serra Talhada - PE 11 de Dezembro de 2020.

Outorgante URIAS JOSE DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380732/20
Vítima: URIAS JOSE DA SILVA
CPF: 121.448.414-03
CPF de: Próprio
Data do acidente: 17/09/2020
Titular do CPF: URIAS JOSE DA SILVA
Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

URIAS JOSE DA SILVA : 121.448.414-03

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: 30/12/2020
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380732/20

Número do Sinistro: 3200474797

Vítima: URIAS JOSE DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2020

CPF: 121.448.414-03

CPF de: Próprio

Titular do CPF: URIAS JOSE DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 15/03/2021
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA





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 ASV: 3200474797 3 - CPF da vítima: 121.448.414-03 4 - Nome completo da vítima: Urias Jose 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: Urias Jose da Silva 6 - CPF: 121.448.414-03

7 - Profissão: Agri Cultor 8 - Endereço: FZ Rancho dos homens 9 - Número: 13 10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Riacho Pequeno - Rural 12 - Cidade: Belém de São Francisco 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56910-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 96344907

DADOS CADASTRAIS

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1695 CONTA: 038086 5

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 nascituro (filhos)? 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprimir digital de quem assina a pedido (a rogo) _____

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Serra Talhada - PE 03.02.2021

X URIAS JOSE DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rosana de Menezes Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3200474797](#)

Nome do(a) Examinado(a): [URIAS JOSE DA SILVA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [FZ RANCHO DOS HOMENS , 13 , Belém de São Francisco/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP / 9892618](#)

Data e local do acidente: [17/09/2020 - /PE](#)

Data e local do exame: [23/03/2021 - Ouricuri/PE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -7.93787 , longitude: -40.22712](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[Fratura dos osso da perna esquerda](#)

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

[Foi realizado procedimento cirúrgico. Apresentou osteomielite em perna esquerda, sendo realizado novo procedimento cirúrgico](#)

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

[Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, com encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 15°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[Limitação funcional grave nos movimentos da perna esquerda, com déficit de força muscular, hipotrofia muscular e marcha claudicante com apoio](#)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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



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

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

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



Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Otorrinolaringologista

