

**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: 3200114316  
Nome do(a) Examinado(a): Pedro Luiz da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R Sta Catarina de Sena, 11  
Cohab Serra Talhada PE CEP: 56909-188  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 3314166  
Data local do acidente: [ 16/12/2019 ]  
Data local do exame: [ 22/04/2020 ] Serra Talhada [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO**  
**Complicações: DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO**  
**Data da Alta: 14/04/2020**

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

**ROTAÇÃO E ELEVAÇÃO PREJUDICADA**

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

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

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

**DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO**

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**limita trabalho de pedreiro**

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

**Dr. Ebenone Antonio da Silva**  
**CPF - 882.723.544-20**  
**CRM/PE - 15122**

  
**Dr. Ebenone Antonio da Silva**  
**CRM: 15122**  
**TEOT: 10541**  
**ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: PEDRO LUIZ DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: U  
Profissão: PEDEIREIRO, portador(a) do RG 3.314.166, órgão expedidor SDS-PE  
e do CPF: 681.957.294-87, residente no(a) STA. CATARINA DE SIENA  
nº 11, bairro: COHAD, município: SERRA TALHADA, PE

### OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO  
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor ESP-PE  
e do CPF: 008.475.324-29 residente no(a) ANTÔNIO TÔME DE SOUZA  
nº 573, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA, PE

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF: 681.957.294-87, data do acidente: 16/12/19, Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: SERRA TALHADA, PE 18/12/2019

Pedro Luiz da Silva

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE  
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA  
Telefone: (81) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de PEDRO LUIZ DA SILVA. Dou Fé. Serra Talhada, PE, em 18/12/2019, em test. ( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva-Titular. ( ) Maria Lúcia de Sousa-Substituta. Emol. R\$ 3,39. TSNR-R\$ 0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.VUZ12201901.02354 18/12/2019 11:49:24  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

### DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO (SE HOUVER):

Nome: \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_, portador(a) do RG: \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_  
e do CPF: \_\_\_\_\_, residente no(a) \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, município: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200114316 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE OU PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200114316 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** ROTAÇÃO E ELEVAÇÃO PREJUDICADA  
DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO  
EVOLUIU COM DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO  
DATA DA ALTA: 14/04/2020

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/04/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DO OMBRO ESQUERDO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 15/04/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF do beneficiário: 681.957.394-87

Nome do solicitante: PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF do solicitante: 681.957.394-87

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 81 ) 9.9998-5477  
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

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

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)  
documentos 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

SERRA TALHADA - PE 15/04/2020

Local e Data

\*Pedro Luiz da Silva  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
	NOME <b>GEORGE CARLOS MELO LIMA</b>		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF <b>5840550 SSP PE</b>		
	CPF <b>008.475.324-29</b>	DATA NASCIMENTO <b>03/05/1978</b>	
	FILIAÇÃO <b>GILBERTO CARLOS DE LIM A MARIA DE LOURDES MELO DE LIMA</b>		
	PERMISSÃO <b>02136855400</b>	ACC <b>AB</b>	
Nº REGISTRO <b>02136855400</b>		VALIDADE <b>30/06/2022</b>	1ª HABILITAÇÃO <b>18/12/2001</b>
OBSERVAÇÕES EAR CMTX			
			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL <b>SERRA TALHADA, PE</b>		DATA EMISSÃO <b>24/07/2017</b>	
 Carlos Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente			
ASSINATURA DO EMISSOR		23810552568 PRO79966268	
<b>PERNAMBUCO</b>			

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1482661245

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 01372628111

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDB RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO  
1 1046704807 \*\*\*\*\* 2013

NEUMA MAGNA DOS SANTOS

SERRA TALHADA - PE  
PLACA ANT / UF 037 252 110-47  
CHASSI 00311P84

ESPECIE TIPO 302K6560FF205227  
COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO TOR.  
HONDA / CG150 FAN ESPI 2015 251

CAP / POT / CIL CATEGORIA COB. PREDOMINANTE  
20V 14971 302K6560FF205227 VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º VENC. COTAS  
1º 2013 2013 2º 2014 3º 2015

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
2013 2013 2013 2013

SEM RESERVA NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

Charles Anderson Sousa Ribeiro

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

PE Nº 013726281117 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NEUMA MAGNA DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA - PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2013 27/05/13

RENAVAM MARCA / MODELO  
046704807 HONDA / CG150 FAN ESPI

ANO FAB. ANO TOR. Nº CHASSI  
2015 251 302K6560FF205227

PREMIO TARIFARIO  
FMS (R\$) DECATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

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

SEGURO PAGO PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.606/0001-04

DESTACADO E GUARDE O BILHETE DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES DUHEL

10F03

*Pedro Luiz da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.314.166 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2018

NOME << PEDRO LUIZ DA SILVA >>

FILIAÇÃO << ELPÍDIO LUIZ DA SILVA >>  
<< TERESINHA FELISBELA DA SILVA >>

NATURALIDADE CUSTÓDIA - PE DATA DE NASCIMENTO 10/01/1965

DOC. ORIGEM << CPF 36.737 L.A46 F.265 CART. ARCOVERDE-PE 1403 1988 >>

CPF 681.957.294-87

*Pedro Luiz da Silva*  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
681.957.294-87

Nome  
PEDRO LUIZ DA SILVA

Nascimento  
10/01/1965



SICRS

RC



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



# BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Data: 06.12.2019 Hora: 22:10 Nº: 186  
 Nome: Pedro Luiz da Silva  
 Nome Social:   
 Nascimento: 10.01.1965 Sexo: M Profissão: Pedreiro  
 Escolaridade: 5ª série Responsável: Lúcia U. Pereira  
 Mãe: Presença Fátima de S. Silva  
 Endereço: Rua Unipolo Kenia, 410  
 Bairro: S. José Município: S. J. do Povo Fone: 9.88190343  
 Cartão SUS:   
 RG/CPF: 3.319.166  
 Raça/Cor: ☐ Branca ☒ Preta ☐ Parda ☐ Amarela

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☒ VERDE

Situação/Queixa:

PA:   
 Pulso:   
 HGT:   
 T:   
 SpO2:   
 Marcapasso em uso:   
 Intolerância:   
 Fluxograma:   
 Carimbo e Assinatura:

## ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

fer no abdô @ abd  
 em ultrassom

Tratamento:

→ VERDE  
 → Volta para o trabalho  
 → ABRIR a TOST

Hipótese Diagnóstica:

fat claudica @

Carimbo e Assinatura:  
**Dr. Ebenone Antônio da Silva**  
 CPF 882.723.544-20  
 Médico Traumatologista

Exatidão de M. C. COREN 308.075 - PE

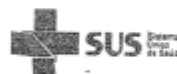
9803-7489/98826-8789



GOVERNO DO ESTADO  
PERNAMBUCO  
Pela Tradição e pelo Futuro



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



Nome:

Pedro Luiz da Silva

Data:

1/1

540

Emcomitamos.

A Traumatologia

Per:

Franco de Oliveira F

17/12/29

D: Emílio da Carvalho  
Traumatologia-Ortopedia  
CRM: 15526

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES  
RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA, 955 - CENTRO - SERRA TALHADA  
FONE E FAX: (87) 3831-9800 - e-mail: hospam2011@hotmail.com

Handwritten signature



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PEDRO LUIZ DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 3 4 0 4 2 6 4 4 1 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 / 01 / 1965

9 - SEXO

Masc ☒ Fem. ☐

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

210501

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

TERESINHA FELISBELA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA SANTA CATARINA DE SENA, Nº 11, COHAB

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2613909

18 - UF

PE

19 - CEP

56900000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Posição peritroica, HX, dor  
miocranial, distensão e  
edema, dor e febre de 38,5°C.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de intern. cirúrgica

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

HX, Chuvosa e OP

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fractura da mandíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHISTICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

Dr. Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Assinatura do Médico Autorizador

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA DO MÉDICO DO CONSELHO

Dr.

29/12/20 21/12/19





Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 19/12/2019		Atendimento: 0029664		Quarto/leito: 203 / 2	
Paciente: 00210501 - PEDRO LUIZ DA SILVA					
Data Nasc: 10/01/1965		Idade: 54 Anos		Sexo: Masculino	
Profissão: PESCADORES E TRABALHADORES ASSEMBLHADOS NAO-CLASSI		Naturalidade: CUSTODIA		Estado Civil: Solteiro	
				Nacionalidade: BRASILEIRO	
Nome Pai: ELPIDIO LUIZ DA SILVA			Nome Mãe: TERESINHA FELISBELA DA SILVA		
Endereço: RUA SANTA CATARINA DE SENA, 11 - COHAB - SERRA TALHADA - PE					
Telefones: ( ) . / ( ) . / (87) 9880.37489					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito ( )		Acidente de Trabalho ( )		Outros Acidentes ( )	
Suicídio ( )		Casual ( )		Outros ( )	
Nome Acompanhante:			Telefone de Contato: ( ) .		
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Doença pré-existente MST, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos e renais.</i>					
Diagnostico Inicial: <i>Fratura de fêmur E</i>					
SADT:					
Diagnostico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada ( ) <input checked="" type="checkbox"/>		Descição Medica ( ) <input checked="" type="checkbox"/>			
Inalterado ( )		Alta a Pedido ( )			
Piorando ( )		Transferencia ( )			
Obito + 48h ( )		Evasão ( )			
Obito - 48h ( )		Indisciplina ( )			
Obito em ____/____/____		Data do Internamento: <u>20/12/19</u>			
Hora: _____		Data da Alta: <u>21/12/19</u>			
		Local: _____			
		 Antônio Redrigues de Freitas CRM 2251 CPF: 056.552.093-3 Médico Responsável			



Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 19/12/2019

Atendimento: 0029664

Quarto/leito: 203 / 2

Paciente: 00210501 - PEDRO LUIZ DA SILVA

Cirurgia Realizado:

Osteossintese  
Clavicular

N. do Procedimento:

0408040150

Data: 20/12/19

Início:

Término

Cirurgião:

Antônio

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Freitas

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

Sob anestesia Alseps.  
Regio Clavicular, fez-se uma  
incisão. Subiu para o esterno por  
dentro, afastou o músculo pectoral  
superior e fez uma incisão para  
o acesso ao osso. Foi feita a  
osteossintese com o uso do fio KIRSCHNER  
e fixação com placa e parafusos.

Antônio Rodrigues de Freitas  
CRM 7351  
CPF: 056.552.003-25

Assinatura do Cirurgião

NÃO ALÉRGICO

# ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

MÉDICO SOLICITANTE

ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

DATA DA SOLICITAÇÃO:  
17/12/2019 09:40

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):  
CRM - 015926

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

PEDRO LUIZ DA SILVA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

Nº DO PRONTUÁRIO:

655090

DATA DE NASCIMENTO:

10/01/1965

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

TEREZINHA FELISBELA DA SILVA

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

RUA 10, 11, , COHAB

TELEFONE DE CONTATO:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SERRA TALHADA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

2613909

UF:

PE

CEP:

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT, CONSENTE, ORIENTADO APOS QUEDA APRESENTA DOR E EDEMA, NEGA HAS E DM

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

EXAME FÍSICO +. RAIOS X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## SINAIS VITAIS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:  
URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X) CNS ( ) CPF

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

## EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

TIPO DE LEITO:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

## AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DOCUMENTO:

(X) CNS ( ) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

## ESCLARECIMENTOS



PEDRO LUIZ DA SILVA

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 16/12/2019 no município de Serra Talhada- PE. Após o acidente foi atendido no HOSPAM, em Serra Talhada, onde foi evidenciada fratura de clavícula esquerda. O paciente realizou procedimento cirúrgico para osteossíntese no Hospital São Vicente em Serra Talhada dia 20/12/2019.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente no dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: dor intermitente em ombro esquerdo, associado a edema. Relata dormência e formigamento no MSE e ainda força diminuída no membro.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 75% para suas funções trabalhistas como Pedreiro.

Serra Talhada, 14 de abril de 2020.

Dra. Tamara Lopes Gonçalves  
Médica  
CRM-PE 27.615

**ESPECIALISTAS:**

- Traumatologista/Ortopedista
- Anestesista - Especializada em acupuntura, dor crônica e ondas de choque
- Ultrassonografia
- Medicina Ortomolecular
- Neurocirurgião
- Nutricionista
- Reumatologista
- Fisioterapeuta
- Cardiologista - Crianças e recém nascidos
- Hematologia e Hemoterapia
- Clínica Geral

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradorealider.com.br](http://www.seguradorealider.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 55

**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/BIBLIOTECABWEB/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 de 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PEDRO LUIZ DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 681.957.294-87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PEDRO LUIZ DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 681.957.294 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTOVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>gmgegarseguros@mail.com</u>	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87.99998-1472</u>

Local e Data: SERRA TALHADA-PE 12/03/2020

George Carlos Melo Lima  
Assinatura do Declarante





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-03 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RESUMA MAGNA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA STA CATARINA DE SENNA 11

CPF: 037 359 114-47 NIS: 20927832814

COHAB/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56900-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
082837395	UNICA	26/10/2019
20/10/2019	2000590334	3671854

CONTA CONTRATO	Nº DA CONTA
4009072336	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE FÉTIMO DA PRÓXIMA FATURA
04/11/2019	27/11/2019
TOTAL A PAGAR R\$	
152,24	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,27048070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,46360834	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,69554752	83,46
Consumo Ativo superior a 220 kWh	8,0000000	0,77283057	6,18
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,47
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 075235781-27/08/19			0,75
ICMS Subvenção Baixa Renda			0,08
Multa por atraso-NF 075235781-27/08/19			1,73
Juros por atraso-NF 075235781-27/08/19			0,77
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821-1542			5,00

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0145118	CAT	25-10-2019	23 160,00	26-10-2019	23 940,00	01	1,00000		229,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano (Y/Y)	Consumo (KWh)
OUT 19 228	
SET 19 191	
AGO 19 182	
JUL 19 180	
JUN 19 161	
MAY 19 207	
ABR 19 190	
MAR 19 206	
FEV 19 169	
JAN 19 254	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
134,01	20,00	26,80
134,01	1,20	1,61
134,01	9,35	12,52

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	44,42	32,96%
Transmissão	4,50	3,63%
Distribuição (Culpey)	26,78	22,20%
Perdas de Energia	8,37	6,95%
Encargos Setoriais	2,91	2,36%
Tributos	43,45	32,23%
Total	134,43	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328400
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130000
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,57387000





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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-90 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

CPF: 286 442 044-91

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA/PE  
56903-220

SPES NA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
078963758	ÚNICA	11/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/09/2018	2000530115	3680341

CONTA CONTRATO	MEGAWAT
1130133025	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PARA PAGAMENTO
23/09/2019	14/10/2019
TOTAL DA FATURA R\$	
156,52	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	157,0000000	0,77852320	122,38
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,91
Contrib. Sum. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 088211142-11/07/19			1,11
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00
TOTAL DA FATURA			156,52

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
180784	CA1	13-08-2018	8.421,00	11-09-2018	8.578,00	29	1,00000		157,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês(kWh)		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
SET 18 157		ICMS	131,28	25,00	32,82
AGO 18 171		PIS	131,28	0,81	1,06
JUL 18 159		COFINS	131,28	1,72	2,26
JUN 18 170					
MAI 18 209					
ABR 18 193					
MAR 18 226					
FEV 18 240					
JAN 18 219					
DEZ 18 232					
NOV 18 242					
OUT 18 245					
SET 18 182					
		TARIFAS APLICADAS		RESERVAÇÃO FISCAL	
		Consumo Ativo(kWh)		4E47 44A8 91E3 09D8 3205 82C0 5F87 3884	
		0,54933000			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, para mais parte de você, fornecida popular: Incidência games de energia 717 nome e de dentro (imagem vídeo interno: na incidência games de energia nome e dentro de pontuação completa em www.celpe.com.br - Na data de fatura e bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.celpe.com.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13. O cliente é responsável quando há alteração na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (R\$ 14,00/100,00) e juros 1% (R\$ 14,00/100,00) e atualização monetária no prazo. Não O Cliente é responsável quando há desatendimento do prazo definido para os períodos de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 561/13

ALICOTAS DAS UNIDADES DE FOMENTO (Resolução ANEEL 154/2010) 101196, produtos, serviços e instalações e outros de fornecimento e distribuição de energia elétrica, em 100% (R\$ 100,00) 39.458/13

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR APROXIMADO (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)
EDC	0,00	5,43	10,86	21,73	220
FIC	0,00	3,30	6,60	13,20	
FMSC	0,00	3,11	0,00	0,00	
				LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
				MÍNIMO	MÁXIMO
				202	231

RECEBEMOS EM PLENO CONFORME O QUE NOS FOI EXIBIDO E NÃO HÁ DÚVIDA

# 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: 681.957.294-87 4 - Nome completo da vítima: PEDRO LUIZ 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: PEDRO LUIZ DA SILVA 6 - CPF: 681.957.294-87  
7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: RUA CATARINA DE SENA 11 CASA  
9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: COHAB 12 - Cidade: SIERRA ALTADEADA 13 - Estado: 14 - CEP: 56.900-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87 99998-1422

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: 0914 13 CONTA: 55162 8  
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SIERRA ALTADEADA - PE 32/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267005200**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/12/2019** às **10:36**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **16/12/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOIS BAIRRO COHAB, POR TRAS DO 14 BPM - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCOMHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
PEDRO LUIZ SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO LUIZ SILVA

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

**PEDRO LUIZ SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **TERESINHA FELISBELA DA SILVA** Pai: **ELPIDIO LUIZ DA SILVA** Data de Nascimento: **10/1/1965** Naturalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **RUA DEZ BAIRRO COHAB, PROXIMO DO FORUM - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 11 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO DO FORUM**

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO LUIZ SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO LUIZ SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDZ1984** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **046704807** Chassi: **9C2KC1680FR205227**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTE BOE O QUAL JA DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE QUE COMUNICA QUE EM DAT E HORA COMO TAMBEM LOCAL DESCRITOS NESTE PROCEDIMENTO QUANDO TAFECAVA NA RUA DOIS NO BAIRRO COHAB E DE REPENDE ATRAVERSOU EM SUA FRENTE UMA MOTO DE COE AMARELO COM PRETO E NAO DANDO TEMPO PARA PARAR BATEU NA MESMA E VINDO A CAIR E AO SOLO E SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPAN PELO CORPO DE BOMBEIROS ONDE CONSTATOU SE QUE SUA CAVICULA DO LADO ESQUERDO ESTAVA QUEBRADA E FOI TRANFERIDO PARA A CASA DE SAUDE SAO VICENTE ONDE FOI OPERADO PELO DR.ANDRE BARRETO MEDICO DE SERVIÇO NAQUELA UNIDADE DE SAUDE E POR ESTE MOTIVO FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREITO ADIANTA QUE O MOTOQUEIRO DA CITADA MOTO EM QUE A VITIMA BATEU AVADIU SE DO LOCAL SEM LHA PRESTAR NEM UM SOCORRO E POR ESTE MOTIVO TAMBEM NAO SABE QUEM E ESTA PESSOA.

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

PEDRO LUIZ SILVA  
(VITIMA)

*Pedro Luiz da Silva*

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: 384864-7





Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200114316

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PEDRO LUIZ 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: PEDRO LUIZ DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000055162-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 681.957.294-87 4 - Nome completo da vítima: PEDRO LUIZ 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: PEDRO LUIZ DA SILVA 6 - CPF: 681.957.294-87  
7 - Profissão: PEDEIREIRO 8 - Endereço: STª CATARINA DE SENA 11 9 - Número: 11 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: COHAB 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: \_\_\_\_\_ 14 - CEP: 56.900-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 87 99998-1422

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: 0914 13 CONTA: 55162 8  
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE 30/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200114316

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO LUIZ 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: PEDRO LUIZ DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000055162-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200114316**

**Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), PEDRO LUIZ DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200114316**

**Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PEDRO LUIZ DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000055162-8

---

Nr. da Autenticação 50BC96B85DDE3B4B

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000055162-8

---

Nr. da Autenticação AA65C996DBF3C84D

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090604/20

**Vítima:** PEDRO LUIZ DA SILVA

**CPF:** 681.957.294-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/12/2019

**Titular do CPF:** PEDRO LUIZ DA SILVA

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

### PEDRO LUIZ DA SILVA : 681.957.294-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090604/20

**Número do Sinistro:** 3200114316

**Vítima:** PEDRO LUIZ DA SILVA

**Data do acidente:** 16/12/2019

**CPF:** 681.957.294-87

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PEDRO LUIZ DA SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/04/2020  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES