
Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593346

Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIEL MENEZES DA MOTA

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

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593346

Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGH T LINS DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIEL MENEZES DA MOTA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002546**

Conta: **0000017745-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,



1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 076.199.024-06 4 - Nome completo da vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: ELIEL MENEZES DA MOTA 6 - CPF: 076.199.024-06

7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA JOAQUIM PINTO DE FREITAS 9 - Número: 264-A 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAUZ DE REBOUSAS 12 - Cidade: JGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53625-222

15 - E-mail: RECUSA 16 - Tel (DDD): 81985499354

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote a opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00017745 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(s) ao 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

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JGARASSU 09 DE OUTUBRO DE 2019

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 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118009266

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/09/2019 às 14:04

Complementa o BO Número: 19E0118006954

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 8/7/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE GUABIRABA (BAIRRO), 1, BR - 101 - Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
- Ponto de Referência: **CT DO NAUTICO POSTO TEXACO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE ALVES DE LIMA (AUTOR / AGENTE)
SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR (OUTRO)
ELIEL MENEZES DA MOTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ALVES DE LIMA**

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LIDIA AURA DE MENESE SANCHO LIMA Pai: ELIAS FERREIRA DA MOTA Data de Nascimento: 12/12/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **4a TRAVESSA JACOB PINTO DE FREITAS, 264 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DOS ESTUDANTES**

JOSE ALVES DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESC Pai: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AVANY VERISSIMO DE LIMA SILVA Pai: SERGIO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 21/7/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **TRAVESSA TIJUCA, 281 - CEP: 55000-000 - Bairro: ÁGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR, que estava em posse do(a) Sr(a): ELIEL MENEZES DA MOTA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KL61209 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **174666195** Chassi: **9C2KC15106R839881**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Descrição: **DE PROPRIEDADE DE SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR E EM POSSE DE ELIEL MENEZES DA MOTA DE VERMELHA MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE ALVES DE LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALVES DE LIMA
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEE0617 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **250607441** Chassi: **KMHDC51EABU278952**

Descrição: **EM POSSE DE JOSE ALVES DE LIMA, CONTUDO DE PROPRIEDADE DE ADRIANO FERNANDO LUIZ MARINHO**

Complemento / Observação

COMPARECEU AESTA DELEGACIA A SRA, MICHELLE JANAINA LIMA DA SILVA, INFORMANDO QUE SEU MARIDO DE NOME ELIEL MENEZES CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE, PELA BR-101 QUANDO EM FRENTE DO CT DO NAUTICO UM VEICULO DESGOVERNADO CONDUZIDO PELO SR, JOSE ALVES DE LIMA ENTROU EM UMA CURVA ATINGINDO O CONDUTOR DA MOTO COM A COLISAO O MOTOQUEIRO CAIU NO SOLO CAUSANDOLHES VARIAS FRATURAS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; LOGO EM SEQUIDA A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL PORTUGUES ONDE FOI CIRURGIADO, O ACUSADO SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E DEU TODO O APOIO NECESSARIO NO SOCORRO DA VITIMA E CONTINUOU DANDO TODO APOIO NECESSARIO PARA QUE A VITIMA SE RECUPERA-SE.

28/09/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

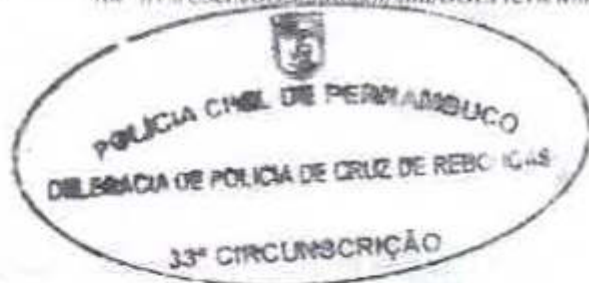
Luciano Santana de Melo

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

B.O. registrado por: **LUCIANO SANTANA DE MELO** - Matrícula: **319626-7**



Luciano Santana de Melo
Comissário de Polícia
Mat. 319.626-7



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM 8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118006954**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/07/2019** às **10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **8/7/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE GUABIRABA (BAIRRO), 01, BR - 101 - Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CT DO NAUTICO POSTO TEXACO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE ALVES DE LIMA (AUTOR/AGENTE)
ELIEL MENEZES DA MOTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ALVES DE LIMA**

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LIDINAURA DE MENESE SANCHO LIMA** Pai: **ELIAS FERREIRA DA MOTA** Data de Nascimento: **12/12/1989** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **4ª TRAVESSA JACOB PINTO DE FREITAS, 264 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSI/PERNAMBUCO/BRASIL, BARRIO DOS ESTUDANTES**

JOSE ALVES DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESC** Pai: **DESC** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ALVES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ALVES DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTO/NOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU AESTA DELEGACIA A SRA, MICHELLE JANAINA LIMA DA SILVA, INFORMANDO QUEO SEU MARIDO DE NOME ELIEL MENESES CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPIEDA , PELA BR- 101 QUANDO EM FRENTE DO CT DO NAUTICO UM VEICULO DESGONVERNADO CONDUZIDO PELO SR, JOSE ALVES DE LIMA ENTROU EM UMA CURVA ATINGINDO O CONDUTOR DA MOTO COM A COLISAO O MOTOQUEIRO CAIU NO SOLO CAUSANDOLHES VARIAS FRATURAS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; LOGO EM SEGUIDA A VITMA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL PORTUGUES ONDE FOI SIRURGIADO, O ACUSADO SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E DEU TODO O APOIO NECESSESARIO NO SOCORRO DA VITIMA E CONTINUUGU DANDO TODO APOIO NECESSARIO PARA QUE A VITIMA SE RECUMPERA-SE.

Elief Mendes Neto
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

B.O. registrado por:  ISAAC MARTINS RODRIGUES FILHO - Matrícula: 2733013



1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 076.199.024-06 4 - Nome completo da vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: ELIEL MENEZES DA MOTA 6 - CPF: 076.199.024-06
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA JOAQUIM PINTO DE FREITAS 9 - Número: 264-A 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CAUZ DE REBOUSAS 12 - Cidade: JGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53625-222
15 - E-mail: RECUSA 16 - Tel (DDD): 81985499354

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Análise uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00017745 4 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(s) nascido(s)? ☐ 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 - Assinatura do requerente: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: JGARASSU 09 DE OUTUBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000817 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA, 38 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 5962094 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 042.760.234-32, residente à RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO, nº 338, CENTRO, IGARASSU -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/07/2019, por volta das 17:01 hs, no endereço: BR 101, S/N, GUABIRABA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA CG, VERMELHA, KLG1209-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ELIEL MENEZES DA MOTA, inscrito sob o CPF nº 076.199.024-06 e Registro Geral nº 7668858, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710198-8 F. SANTOS. Foi transportado(a) para o REAL HOSPITAL PORTUGUÊS. Registrado(a) com o prontuário nº. Ficou aos cuidados do médico FERNANDO AUGUSTO CARNEIRO, registro 10606. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/09/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2019APH000817

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000017745-4

Nr. da Autenticação 22ED34E205BFD607



Serviço Social de Energia Elétrica - Criação pela Lei 10.478 de 26/04/02
COMPANHIA PARANAENSE DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Paranaense de Energia Elétrica
 Av. João de Deus, 111, São José, Curitiba - PR CEP 81500-000
 CNPJ: 06.916.800/0001-48 (Insc. Est. 00094380) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ELIEL MEIREZ DA MOTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JACOBINO DE FREITAS 294 - A

CPF: 078.199.024-09 INSC: 31210735854

CLASSE DE REDUÇÃO/CLASSE REDUCIDA
 N/A/N/A
 5325-222

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
 BANDA LARGA COM 100

PERÍODO	CLASSE	CONSUMO
01/01/2019	100	100
02/01/2019	100	100
03/01/2019	100	100

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
02/10/2019	25/10/2019
VALOR A PAGAR (R\$)	103,47

DESCRIÇÃO DA UNIDADE FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo Ativo em 30 kWh	30,000000	0,700000	21,00
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,440000	30,80
Consumo Ativo superior a 100 até 250 kWh	50,000000	0,550000	27,50
Adicional Bateria VERBILUM			7,00
IMD Substituição CDE 4P 01118100 250/110			0,80
Multa por atraso 4P 01118100 350/110			1,80
Adicional de 4P 01118100 250/110			1,10
TOTAL DA FATURA			103,47

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/2019	100	01/01/2019	123456	02/01/2019	123456	03/01/2019	123456	04/01/2019	123456

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/2019	100	01/01/2019	123456	02/01/2019	123456	03/01/2019	123456	04/01/2019	123456

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/2019	100	01/01/2019	123456	02/01/2019	123456	03/01/2019	123456	04/01/2019	123456

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/2019	100	01/01/2019	123456	02/01/2019	123456	03/01/2019	123456	04/01/2019	123456

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/2019	100	01/01/2019	123456	02/01/2019	123456	03/01/2019	123456	04/01/2019	123456

PERÍODO	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/2019	100	01/01/2019	123456	02/01/2019	123456	03/01/2019	123456	04/01/2019	123456

DATA DE EMISSÃO: 02/10/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 25/10/2019
 VALOR A PAGAR (R\$): 103,47



Recibo do Pagador



BANCO ITAUCARD SA

| 341-7 | 34191.75306 03194.672527 50451.630003 1 000

Nome do Pagador/CPF/CNPJ
SONIA MARIA LIN / 592.589.004-30Nosso Número
175300319467Vencimento
11/07/2019Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
BANCO ITAUCARD SA / 17.192.451/0001-70
ALAMEDA PEDRO CALIL 43 CENTRO POA SPNr. Documento
5358580064025304 2.328,96

BANCO ITAUCARD SA | 341-7 | 34191.75306 03194.672527 50451.630003 1 000

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER AGENCIA ATÉ O VENCIMENTO				Data de Vencimento 11/07/2019	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP BANCO ITAUCARD SA / 17.192.451/0001-70 ALAMEDA PEDRO CALIL 43 CENTRO POA SP				Agência/Cod. beneficiário 2525/04516-3	
Data do Documento 11/07/2019	Número do Documento 5358580064025304	Espécie Doc FT	Aceite N	Data Processamento 11/07/2019	Nosso Número 175300319467
Uso do Banco	Certeira 175	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 2.328,96
					(-) Desconto/Abatimento
					(=) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP SONIA MARIA LIN / 592.589.004-30 R ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338 CENTRO IGARASSU PE 53610-433					
Sacador Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



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/BIBLIOTECABR/DOCONGIONALASPK?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 renda, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.760.234, 132, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ELIEL MENEZES DA MOTA inscrito (a) no CPF sob o nº 076.199.024, 06

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima A MESMA

inscrito (a) no CPF sob o nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 ALFREDO PRISTO DE CARVALHO NETO</u>		Número: <u>338</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>SGARRASSU</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53610933</u>
E-mail: <u>RECUSA</u>		Tel.(DDD): <u>81985492354</u>	

Local e Data: SGARRASSU 09 DE OUTUBRO DE 2018


 Assinatura do Declarante

HOSPITAL
PORTUGUÊS

Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA

Nascimento: 12/12/1989

Idade: 29

Registro: 1996997

Conta:

Unidade: JOAO DE DEUS 13ª ENFERMARIA

Leito: 1311 L32

Atendimento: 00643019

Convênio: BRADESCO SAUDE

Data do atendimento: 08/07/2019

Data da Realização: 09/07/2019 23:03

Prestador: ROMERO ANTUNES BARRETO LINS - CRM:19054

Criado em: JOAO DE DEUS 13ª

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Data da cirurgia: 09/07/2019 19:20

1º Auxiliar: DR PAULO ROBERTO LINS

3º Auxiliar:

Anestesista: DRA TAMARA

Neonatalogista:

Cirurgião: DR ROMERO ANTUNES BARRETO LINS

2º Auxiliar: DR RAPHAEL BURLAMAQUI

Instrumentador: ANTONIO RAMOS

Anestesia: RAQUI + BLOQUEIO MSE + SEDAÇÃO

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA-LUXAÇÃO DO ANTE-PE ESQ + FRATURA DISTAL DO RADIO DIR

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO PE + TENÓLISE+ FRATURA DO ANTEBRAÇO + MICRONEUROLISE DO MEDIANO + LESÃO LIGAMENTAR DO CARPO + RADIOSCOPIA PARA TRATAMENTO CIRURGICO

Diagnóstico pós-operatório: O MESMO

Exame radiológico no ato: FLUOROSCOPIA

Acidentes durante a cirurgia: NAO HOLVE

Materiais Especiais utilizados: 06 FIOS DE KIRSCHNER + 01 PLACA VOLAR DO RADIO + 01 PARAFUSO CORTICAL + 09 PARAFUSOS BLOQUEADOS

Implantação de ortese ou prótese: ☐ Sim ☐ Não Número do código do produto ou adesivo com o registro:

Descrever:

Hemotransfusão: ☐ Sim ☐ Não Tipo:Enviada peça cirúrgica para patologia: ☐ Sim ☐ Não

ASA: 1 Grau de contaminação: Limpa

Descrição da Cirurgia

Via de Acesso - Inventário Cirúrgico - Tática e Técnica - Material Empregado

- 01- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
- 02- ANTISSEPSE + ASSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
- 03- DUAS VIAS DE ACESSO DORSAIS NO PÉ ESQ + TENÓLISE DOS TENDÕES EXTENSORES + REDUÇÃO DAS FRATURAS E LUXAÇÕES, SENDO A MAIS GRAVE A DO QUINTO DEDO: HAVIA LUXAÇÃO DO FRAGMENTO ARTICULAR;
- 04- FIXAÇÃO DE TODOS OS RAIOS COM FIOS DE KIRSCHNER;
- 05- LAVAGEM, REVISÃO HEMOSTÁTICA, SUTURA POR PLANOS, CURTATIVO ESTÉRIL;
- 06- VIA DE ACESSO VOLAR AO RADIO DIREITO;
- 07- MICRONEUROLISE DO NERVO MEDIANO DIR;
- 08- REDUÇÃO DAS FRATURAS ARTICULARES E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS;
- 09- REPARO DO LIGAMENTO RADIOCARPAL;
- 10- LAVAGEM + REVISÃO HEMOSTÁTICA + SUTURA POR PLANOS;
- 11- CURATIVO ESTÉRIL;
- 12- BOA PERFUSÃO DISTAL: FIM.

Dr. Romero A. B. Lins
Ortopedista
CRM-PE 19054

NEp

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 11/07/2019 09:02:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ELIEL MENEZES DA MOTA RG: 7668858 PESO: null KG
IDADE: 29 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA: null CM

Data de Nascimento: 12/12/1989

PRESTADOR ASSISTENTE: ROMERO ANTUNES BARRETO LINS

DATA DE ATENDIMENTO: 08/07/2019 23:31:08 ATENDIMENTO: 643019 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 3 Dia(s)

CONVÊNIO: BRADESCO SAUDE

PLANO: EMPRESARIAL ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z540 - CONVALESCENÇA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z540 - CONVALESCENÇA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Z540 - CONVALESCENÇA APOS CIRURGIA

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

09/07/2019	UREIA SERICA
09/07/2019	CREATININA
09/07/2019	CLORO SERICO
09/07/2019	POTASSIO SERICO
09/07/2019	SODIO SERICO
09-07-2019	TC ABDOME TOTAL
09-07-2019	TC PUNHO DIREITO
09-07-2019	TC PE ESQUERDO
09-07-2019	TC PE ESQUERDO
09-07-2019	TC PUNHO DIREITO

CONDUÇÃO DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRURGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA SOB ORIENTAÇÃO DE DR. ROMERO LINS

Dr. Sylvio Galdino
Ortopedia/Traumatologia
CRM-6255-811

SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR
CRM-26811



Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA

Nascimento: 12/12/1989

Idade: 29

Registro: 1996997

Conta:

Unidade: JOAO DE DEUS 13ª ENFERMARIA

Leito: 1311 L32

Atendimento: 00643019

Convênio: BRADESCO SAUDE

Data do atendimento: 08/07/2019

Data da Realização: 11/07/2019 09:02

Prestador: SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR - CRM:26811

Criado em: JOAO DE DEUS 13ª

SUMÁRIO DE ALTA

Motivo Admissão:

FRATURA DOS METATARSOS DO PÉ ESQUERDO
FRATURA DE PUNHO DIREITO
FRATURA DE CLAVÍCULA

Evolução Médica:

PACIENTE COM BOM EVOLUÇÃO CLÍNICA

Orientação:

Tipo de Alta: Médica

Condição: Melhorado

Comorbidades: ☐ Sim ☒ Não☐ Diabetes Mellitus☐ Etilismo☐ Acidente Vascular Encefálico☐ Arteriopatias periféricas☐ Tabagismo☐ Asma brônquica☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica☐ Dislipidemia☐ Coronariopatia☐ Obesidade☐ Hipertensão Arterial Sistêmica

Outros:

Instruções de Acompanhamento pós-alta: ☒ Sim ☐ Não☒ Restrição para Atividade física, ☐ Fisioterapia Motora ☐ Fisioterapia Respiratória ☐ Fonoterapia N.º diasExames realizados: ☐ Sim ☒ NãoMedicação Significativa? ☐ Sim ☒ NãoProcedimentos realizados: ☒ Sim ☐ Não

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO PÉ + TENÓLISE + FRATURA DO ANTEBRAÇO +
MICRONEUROLISE DO MEDIANO + LESÃO LIGAMENTAR DO CARPO + RADIOSCOPIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

Diagnósticos:

Diagnósticos Secundário:

Há necessidade de suporte de transporte para alta? ☒ Sim ☐ Não

PRESTADOR: SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR - CRM:26811

Dr. Sylvio Galdino
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 26811

NEP



P-FOOT-2 VIEW
 NO. 1000001
 OF FOOT, END VIEW
 OF X. 1982

THE
 CYBERNETICS CENTER
 [08083018 1331]
 WEST HONOLULU HAWAII



E20

DATE
 [080830]

DIB

021 13 NEM2
009631
IN 2001000164
1010

0810915018
KEYT H02011

DIB

[illegible]

			
REPUBLICA DE BRAZIL MINISTERIO DAS RELACOES EXTERIORES SECRETARIA DE ASSUNTOS CONSULARES CONSOB - CONSELHO CONSULARES			
NOME RANSE LINDBERGH LT LIN DE SOUZA			
DATA DE NASCIMENTO 29/03/1981		SEX M	
CPF 083.700.234-33		DATA DE PASSAGEM 02/03/1981	
ENDEREÇO WILLIAM LINDBERGH GAS RUEL DE SOUZA SONIA SONIA LINE DE SO UZA			
PASSAGEM 02/03/1981		DATA DE VÁLIDA AD	
NÚMERO DE PASSAGEM 02354802670		DATA DE EMISSÃO 12/12/2013	
DATA DE VALIDADE 30/03/2014		DATA DE VALIDADE 30/03/2014	
ENDEREÇO CEX SAN			
ASSINATURA 			
DATA PAULISTA, PE		DATA DE EMISSÃO 12/12/2013	
ASSINATURA 		DATA DE EMISSÃO 12/12/2013	
ASSINATURA 		DATA DE EMISSÃO 12/12/2013	
PERNAMBUCO			

PE Nº 014800884515

BILHETE DE SEGURO DPVAT

SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR

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

OLINDA - PE

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
02/05/19

VIA
1

CPF / CNPJ

087.822.184-04

PLACA

KL6-1209

RENAVAM

179600195

MARCA / MODELO

HONDA / CB 150 TITAN K3

ANO FAB.
2009

CAT. TARIF.
09

Nº CHASSI

9C2KC15109R039881

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

36.05

DENATRAN (R\$)

4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IOF (R\$)

0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

84.58

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

18/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SINHA DE PORTA OBRIGATORIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593346

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

Data do acidente: 08/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DOS METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO (PLACA E PARAFUSOS). P.1/5
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ (FIOS DE KIRSCHNER). P.1/4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO E LEVE
DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593346 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DOS METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO (PLACA E PARAFUSOS). P.1/5
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ (FIOS DE KIRSCHNER). P.1/4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO E LEVE
DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365205/19

Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

CPF: 076.199.024-06

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIEL MENEZES DA MOTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA : 042.760.234-32

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

ELIEL MENEZES DA MOTA : 076.199.024-06

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: 18/10/2019
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Caroliny Lins Veloso