
Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653125

Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653125

Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/08/2019, emitido pelo Dr. FELIPE MESQUITA CRM nº 21360 - MG, da Instituição UPA 24H DE CAXANGÁ, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

703.725.874-10

4 - Nome completo da vítima:

RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR

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

5 - Nome completo:

RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR

6 - CPF:

703.725.874-10

7 - Profissão:

MOTO BOY

8 - Endereço:

RUA DR. TUBAL URQUIZA VALENÇA 186

9 - Número:

186

10 - Complemento:

11 - Bairro:

IPATINGA

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50690-600

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(81) 99838-8411

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1835

X

CONTA: 59963

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 assinalado, 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 de 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 (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (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 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:

RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

Ronaldo José da Silva Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC-DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096005777**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/09/2019** às **08:55**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **25/8/2019** às **04:50**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 01 - Bairro: CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAXANGÁ GOLF CLUBE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ZACARIAS (AUTOR \ AGENTE)
ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA (OUTRO)
RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ZACARIAS

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

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA Pai: RONALDO JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 3/12/1993 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8918961/SDS/PE (RG), 70372587410 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 998388411

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 551, RUA NOSSA SENHORA DA SAÚDE, AP NÚMERO : 07 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ZACARIAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SANDRA MARIA DE SANTANA Pai: IRAQUITAN PEREIRA DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/2/1997 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: **MODELO CG, 150 CC, ANO 2014, PLACA : OYS 2406, QUE ESTÁ EM NOME DA PESSOA DE ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA.**

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ZACARIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ZACARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, FOI " FECHADO " POR VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. ALEGOU A VÍTIMA QUE, APÓS O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU, FATO QUE GEROU O ATENDIMENTO DE NÚMERO : 1336166, DO DIA 25/08/2019 E LEVADO À UPA DA CAXANGÁ ONDE FOI MEDICADO. DIANTE DE TAL SITUAÇÃO, O MESMO VEIO A ESTA DP REGISTRAR O OCORRIDO PARA FICAR AMPARADO LEGALMENTE.

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

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR
RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR
(VÍTIMA)

ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA
(OUTRO)
Zaine Santana P. de Oliveira

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096007066**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2019** às **17:07**

Complementa o BO Número: **19E0096005777**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/8/2019** às **04:50**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 1** - Bairro: **CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAXANGÁ GOLF CLUBE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ZACARIAS (AUTOR / AGENTE)
ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA (OUTRO)
RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ZACARIAS
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR

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

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA** Pai: **RONALDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **3/12/1993** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8918961/SDS/PE (RG)** **70372587410 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 998388411**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 551, RUA NOSSA SENHORA DA SAÚDE, AP NÚMERO : 07 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SANDRA MARIA DE SANTANA** Pai: **IRAQUITAN PEREIRA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **15/2/1997** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR**

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

Descrição: **MODELO CG, 150 CC, ANO 2014, PLACA : OYS 3406, QUE ESTÁ EM NOME DA PESSOA DE ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA.**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ZACARIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ZACARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, FOI " FECHADO " POR VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. ALEGOU A VÍTIMA QUE, APÓS O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU, FATO QUE GEROU O ATENDIMENTO DE NÚMERO : 1336166, DO DIA 25/08/2019 E LEVADO À UPA DA CAXANGÁ ONDE FOI MEDICADO. DIANTE DE TAL SITUAÇÃO, O MESMO VEIO A ESTA DP REGISTRAR O OCORRIDO PARA FICAR AMPARADO LEGALMENTE.

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

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR

(VÍTIMA)

Zaine Santana P. de Oliveira
ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA

(OUTRO)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JÚNIOR** - Matrícula: **272728-5**

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

703.725.874-10

4 - Nome completo da vítima:

RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR

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

5 - Nome completo:

RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR

6 - CPF:

703.725.874-10

7 - Profissão:

MOTO BOY

8 - Endereço:

RUA DR. TUBAL URQUIZA VALENÇA 186

9 - Número:

186

10 - Complemento:

11 - Bairro:

IPATINGA

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50690-600

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(81) 99838-8411

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1835

☒

CONTA: 59963

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 assinalado, 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 de 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 (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (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 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:

RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

Ronaldo José da Silva Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MICHELE APARECIDA CONCEICAO COSTA
CPF: 067.431.014-43

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DR TUBAL URQUIZA VALEN A 186

IPATINGA/RECIFE
50890-600 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

25/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

18/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

081651255

CONTA CONTRATO

007012194883

Nº DO CLIENTE
2012388502

Nº DA INSTALAÇÃO
0005689637

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

352B.ABF8.DBCB.6750.2D85.6553.35F8.4944

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	124,00	0,81069952	100,52
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,59
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 073350185-19/08/19			0,76
TOTAL DA FATURA			124,37

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,81069952	OUT 15	124
		SET 15	104
		AGO 15	105
		JUL 15	120
		JUN 15	83
		MAI 15	20
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, ZAINE SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA,
RG nº 8.467.028, data de expedição 04/09/18,
Órgão SSS - PE, portador do CPF nº 706.097.614-04,
com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DR. TUBAL URQUIZA VALEN, nº 186,
complemento A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR, cujo o condutor era
RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo CG 150 TITAN ES Ano: 2014
Placa: OYS-3406 Chassi: 9C2KC1650EN028218
Data do Acidente: 25/08/19

Local e Data: RECIFE, 16 DE SETEMBRO DE 2019

Zaine Santana P. de Oliveira

Assinatura do Declarante

Ronaldo José da Silva Junior

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Nome:
204290-RONALDO JOSE DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO 81 - 31844355 / -

Idade: Nascimento:
25a 9m 3d 03/12/1993

Mãe:
ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA

Endereço:
NOSSA SENHORA DA SAUDE, 155 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50731020

Data do Atendimento: 25/08/2019

Prontuário: 00204290

Nº Atendimento: 01336166

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

Dor e edema no joelho esquerdo apos acidente motociclistico hoje.

EXAME FÍSICO:

EGB, eupneico, orientado, Glasgow = 15
Nuca livre
Edema na face AM do joelho esquerdo
Sem deformidades
Bloqueio algico

DIAGNÓSTICO:

1. Fratura diafisária da tibia esquerda

UPA 24h
CAXANGÁ
Unidade de Pronto Atendimento
Rua Ribeiro Pessoa, 155 - Cordeiro
Recife - PE - CEP: 50731-020



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel de Sá Almeida

Nome:
204290-RONALDO JOSE DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO 81 - 31844355 / -

Idade: Nascimento:
25a 9m 3d 03/12/1993

Mãe:
ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA

Endereço:
NOSSA SENHORA DA SAUDE, 155 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50731020

Data do Atendimento: 25/08/2019
Prontuário: 00204290
Nº Atendimento: 01336166
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Conduta:

1. Rx da perna e joelho esquerdos - Fratura diafisária da tibia esquerda sem desvio angular, com contato cortical > 90%, e translação < 2mm.
CD: 1. À UBS para controle do tratamento conservador com gesso coxopodélico.

UPA 24h
CAXANGÁ - RECIFE
Dra. Ana Carolina

FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-25 06:01:20

Nome Paciente: RONALDO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente: 204290
Data de Nascimento: 03/12/1993
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: OR0003
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1336166
SAME:



Período: 2019-08-25 06:01:20 - 2019-08-25 06:10:13

Prioridade:

NÃO URGENTE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

TRAZIDO COM SAMU EM PRANCHA, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA DORES EM MIE EM REGIÃO DA TIBIA, HISTÓRICO DE Queda de moto APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MID EM REGIÃO PATELAR

NEGA ALERGIAS

Observação:

OCORRENCIA SAMU:671874 SAMU RECIFE BASIC A 3

Fluxograma sintoma:

TRAUMA LEVE

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergias Atuais do Paciente

Substância

Observação

- NEGA -

Acolhido(a) por: CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - COREN: 6103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-09-06 10:52:48

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

8918961 SDS PE

CPF

703.725.874-10

DATA NASCIMENTO

03/12/1993

FILIAÇÃO

RONALDO JOSE DA SILVA

ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

A

Nº REGISTRO

06981477724

VALIDADE

17/04/2022

1ª HABILITAÇÃO

28/12/2017

OBSERVAÇÕES

Ronaldo Jose da Silva Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

28/12/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

15714841645
PE090067789

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1754699807

PROIBIDO PLASTIFICAR

1754699807

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 014668758864

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1010019748	*****	2019

NOME
ZAINE SANTANA PEREIRA DE OLIVEIR A
RECIFE-PE

CPF/CNPJ	PLACA
706.097.614-04	OY83406

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	9C2KC1550ER028218

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2014	2014

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
1	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	11/03/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL	DATA
RECIFE-PE	11/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653125 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA (SEM DESVIO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653125 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA (SEM DESVIO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412098/19

Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

CPF: 703.725.874-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR : 703.725.874-10

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: 22/11/2019
Nome: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR
CPF: 703.725.874-10

RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO