

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

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200173799

Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Data do Acidente: 11/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

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



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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200173799

Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Data do Acidente: 11/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000005196

Conta: 0000029670-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

856.791.604-63 Christiano Duarte Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Christiano Duarte Pereira

6 - CPF:

856.791.604-63

7 - Profissão:

Recreio

8 - Endereço:

Rua Engenheiro Crimel 350

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Juscelino Kubitschek

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51150-090

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 4914-1011

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RISCO 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: *Itaú*

AGÊNCIA: *5196*

CONTA: *29670*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: *5196*

CONTA: *29670*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

*Recife 14/08/2020
Christiano Duarte Pereira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM - DP7ª CIRC DIM/3ª DESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0097003452

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2020** às **15:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/2/2020** às **10:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA VISCONDE DE JEQUITINHONHA, 01, PROX AO HOSPITAL DA AERONAUTICA**
Bairro: **BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **51021-190**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SOARES (AUTOR / AGENTE)
P R COMERCIAL MEDICA LTDA (OUTRO)
CHRISTIANO DUARTE PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SOARES
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

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

CHRISTIANO DUARTE PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DUARTE PEREIRA** (Pai)
VALDIR PEREIRA Data de Nascimento: **1/5/1975** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **3953686/SDS/PE (RG)**
85679160463 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:
- 987680062

Endereço Residencial: **RUA ENGENHO CRIMEIA, 350 - CEP: 51150090 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

P R COMERCIAL MEDICA LTDA (**P R COMERCIAL MEDICA**) - Ramo de Atividade: **OUTROS**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Documentos: **41102195000168 (CNPJ)**

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

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

VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **P R COMERCIAL MEDICA LTDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCG8953 (PERNAMBUCO/RECIFE)**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SOARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SOARES**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/RENAULT/SANDERO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

VITIMA INFORMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA "AVENIDA VISCONDE DE JEQUITINHONHA", NO VEÍCULO1, QUANDO, NO CRUZAMENTO (COM A RUA NÃO INFORMADA), O VEÍCULO2 COLIDIU NA DIREITA DO VEÍCULO1. VITIMA REFERE QUE FOI

ARREMESSADA POR CIMA DO VEICULO2 E CAIU NA VIA; QUE MOTORISTA DO VEICULO2 SE APROXIMOU, SE IDENTIFICOU (SARGENTO SOARES) E FICOU NO LOCAL ATÉ A VITIMA SER SOCORRIDA. VITIMA RELATA QUE FOI ATENDIDA PELO SAMU (OCORRENCIA: S-747458) E FOI LEVADA PARA "ORTOPEDIA PIEDADE" E, EM SEGUIDA, ENCAMINHADA PARA "HOSPITAL ALBERT SABIN" ONDE FICOU INTERNADA POR CINCO DIAS.

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

Christiano Duarte Pereira

CHRISTIANO DUARTE PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **KARINE VIANA DE MELO SALES** - Matricula: **320327-1**
(Liberado em 09/03/2020 às 15:53)





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	050.02.2020
DATA	02.03.2020

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**, portador do Documento de Identidade nº **3953686** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **856.791.604-63**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-747458**, que no dia 11 de fevereiro de 2020, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo automóvel e moto, por volta das 10h40, na Rua Visconde de Jequitinhonha, imediações entre o Terminal Linha Brigadeiro Ivo Borges e o Hospital da Aeronáutica, no bairro Boa Viagem, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Ortopédica de Piedade.

Recife, 02 de março de 2020.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano - Recife

Sérgio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05196

CONTA: 000000029670-0

Autenticação:

3E053E7C564BD124EA0A0DA199503CB6B922144D1EDF2A2DC9FBED1C0C73BF3



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA SATURNINO DE BRITO - NUM. - 01099 - CAB
ANGA RECIFE PE 50090-310

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES DUARTE PEREIRA MATRÍCULA: 54306660 Jan/2020
R ENGENHO CRIMEIA, N. 00350 - IMBIRIBEIRA RECIFE PE 51150-090
INSCRIÇÃO: 339.618.196.0391.000 GRUPO:12 DEB.AUTOMATICO: 054306660

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A16N011532	DATA LEIT. ANTERIOR 06/01/2020	DATA LEIT. ATUAL 05/02/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO

ÁGUA:

LEIT ANT: 792
LEIT ATU: 811
LEIT FAT: 811

CONSUMO: 19

ESGOTO:

LEIT ANT: VOLUME: 19
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

12/2019	22	/22
11/2019	18	/18
10/2019	17	/17
09/2019	14	/14
08/2019	16	/16
07/2019	14	/14
MÉDIA:	17	/17

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ			
COR APARENTE			
CLORO RESIDUAL			
COLIF. TOTAIS			
E. COLI			

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
------------------------	---------	-------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

3953686 SDS PE

CPF

856.791.604-63

DATA NASCIMENTO

01/05/1975

FILIAÇÃO

VALDIR PEREIRA

MARIA DE LOURDES

DUARTE PEREIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1220103812

Nº REGISTRO

01864114163

VALIDADE

25/01/2021

1ª HABILITAÇÃO

05/07/2001

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

MOTOFRETISTA

Christiano Duarte Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

01/02/2016

Alfonsina

ASSINATURA DO EMISSOR

44306685518
PE070794065

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1220103812

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200173799 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA **Data do acidente:** 11/02/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.18 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 COTOVELO 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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200173799 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA **Data do acidente:** 11/02/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.18 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 COTOVELO 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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135762/20

Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

CPF: 856.791.604-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2020

Titular do CPF: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CHRISTIANO DUARTE PEREIRA : 856.791.604-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/05/2020
Nome: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA
CPF: 856.791.604-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/05/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA