

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - IPI do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 710.860.234-20 4 - Nome completo da vítima: GUILHERME MARCELO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDDD): (11) 99304-6299

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: REUSO 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/TUTORES)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos estatais. Ativite uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 4752 CONTA: 17316 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declare, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requisição 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, concedendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes/deficiências de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AFETADO

TESTEMUNHAS

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na OVI) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sínt Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sínt 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: Sim Não 30 - Vítima deixou netos? Sim Não 31 - Vítima teve netos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós/vizinhos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

40 - Local e Data:

Ribeirão Preto (SP) 06/01/2020

Guilherme Marçalino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GALILEU JUNIO MARCELINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000017316-0

Nr. da Autenticação F0BBC573C99AF978



Tela Socio de Energia Eletrica Consultado em 10/10/2019 10:45:26

NOTA FISCAL - CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA 03/2019

Centro de Energia de Petrópolis

Av. Almirante Barroso, 1111 - Centro - Petrópolis - RJ - CEP 25600-000

CEP 25600-000 | Fone: (22) 2102-1111 | www.cefep.com.br

DADOS DO CLIENTE

MANU ALVES LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

01 SALGADO 1758

CPF: 099.494.470-9105-27143319895

CEP: 25600-000 | Cidade: Petrópolis | Bairro: Centro | nº: 01

CLASSIFICAÇÃO

21 - RESIDENCIAL
BAVAMENTO/USO GERAL

NOTA FISCAL	PERÍODO	VALOR
4010305787	10/2019	
	16/10/2019 - 09/11/2019	58,97

PERÍODO: 16/10/2019 - 09/11/2019

VALOR: 58,97

DATA: 09/11/2019

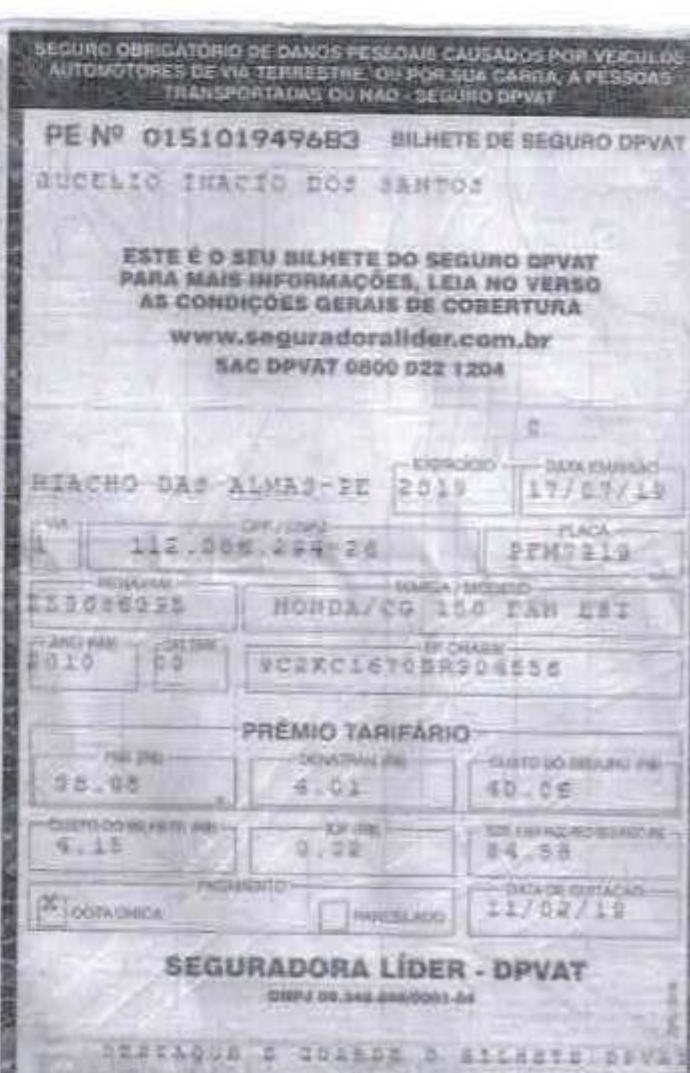
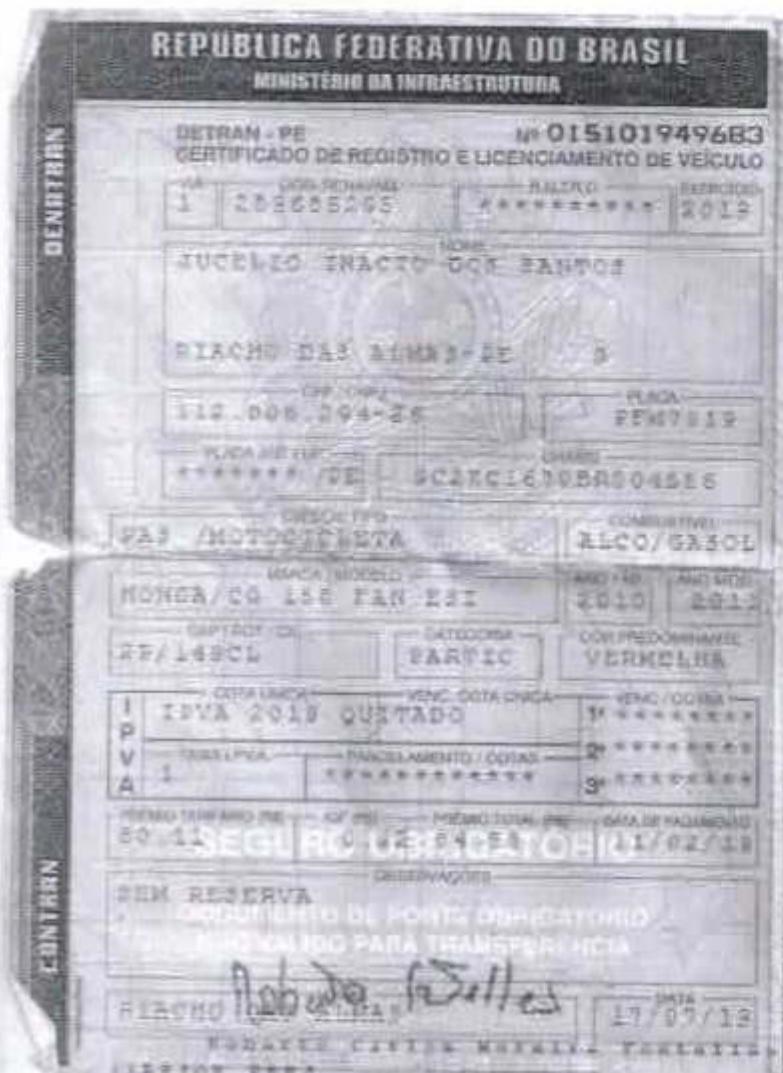
LEITURA: 01.2000

DATA: 16/10/2019

LEITURA: 01.1999

VALOR: 58,97





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200004140 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR DO COTOVELO ESQUERDO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E ATROFIA MUSCULAR DO BRAÇO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO (IMOBILIZAÇÃO GESSADA). REALIZOU FISIOTERAPIA (30 SESSÕES). RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/10/2019.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/01/2020

Conduta mantida:

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-0003770/20

Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO

CPF: 710.860.234-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2019

Titular do CPF: GALILEU JUNIO MARCELINO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GALILEU JUNIO MARCELINO : 710.860.234-20

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: 06/01/2020
Nome: GALILEU JUNIO MARCELINO
CPF: 710.860.234-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GALILEU JUNIO MARCELINO

Steffany Caroliny Lins Veloso

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, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004140

Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GALILEU JUNIO MARCELINO

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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004140 **Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO**

Data do Acidente: 06/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GALILEU JUNIO MARCELINO

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

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004140 **Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO**

Data do Acidente: 06/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GALILEU JUNIO MARCELINO

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: **GALILEU JUNIO MARCELINO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004752**

Conta: **0000017316-0**

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, 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



file:///C:/Users/mv/infopol/3ml/BOEP/cvfw.htm



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 998ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DINTER 1/14º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N. 19E018800653

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2019 às 13:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 06/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, PE 95 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local da Fato: NÃO INFORMADO

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GALILEU JUNIO MARCELINO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (União na gerção da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GALILEU JUNIO MARCELINO

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

GALILEU JUNIO MARCELINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Nasc.: MARIA DAS DORES MARCELINO Data de Nascimento: 4/4/1993 Naturalidade: BELMIRO BRAGA / MINAS GERAIS / BRASIL Documentos: 813605158867PE (RG) - 71886023430 (CPF) - 07304121484 (CNH) Estado Civil: AMASADO(A) Escolaridade: 4º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 981532063

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, BÍTIO SALOSHO- PERTO DE CIVÃO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL, Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvida(s)

MOTOCICLISTA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): GALILEU JUNIO MARCELINO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 150 Objeto aferendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFSR7919 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 259686385 Chassi: SC2KC167080K304558
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011 Combustível: ALCO/ÁSOL

Complemento / Observação

COMPARCEU NESTA DEPÓSITO A VÍTIMA DIZENDO QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO UM VÉHICULO DE COR PRATA BATEU NELA E ELA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE CARUARU. A VÍTIMA DISSE QUE SOFREU TRAUMA NO SEU COTOVÉLO E JOELHO ESQUERDO. AQUI A VÍTIMA TROUXE UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO DESSA UPA CUJO NÚMERO É 01286086 E PRONTUÁRIO 0046098 E NENHUM DODÓ CONSTA QUE HOUVE Queda DE MOTO E TRAUMA EM COTOVÉLO E JOELHO ESQUERDO. A VÍTIMA DISSE QUE AINDA ESTÁ FAZENDO TRATAMENTO DEVIDO AS LESÕES SOFRIDA. ASSIM, A VÍTIMA DECLARA TUDO ISSO, ASSINA CONFIRmando O QUE DISSE REGISTRANDO PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

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

GALILEU JUNIO MARCELO
(VÍTIMA)

Galileu Junio Marçelino
S.O. registrado por: HAILTON MANGEL DA SILVA - Matrícula: 273499-0



