

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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664365

Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
----------------------------------	--

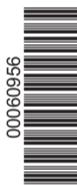
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664365

Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664365

Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190664365

Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **000000159-7**

Conta: **000010083033-1**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Família(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - NIT do beneficiário ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	199.188.044-59	Joni Membran de Almeida Soares	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 645/2012

5 - Nome completo:	Joni Membran de Almeida Soares		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Bairro:	10 - Complemento:
Recurso	S/ Jogue de Algodão 680 casa	Cidade	
11 - Rua:	12 - CEP:	13 - Estado:	14 - Fone:
Rua Firme	55190-000	PE	(81) 99504-6299
15 - E-mail:	Recurso		

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 na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para o banco atípico. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 0189 CONTA: 83.093
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)
Autórisco a seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		
22 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. 		
Subjetivo o preseguimento 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, as 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.		

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

FAZER AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (Ex-Cas.)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/Anticasado	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim sem filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vivinhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tinha irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devita, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da resumida penalidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	40 - Local e Data, _____ Local: _____ Data: _____	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
----	--	---	--	-------------------------------------	-------------------------------------	---	---	--	---

BANCO DO BRASIL S.A.
28/10/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 18.35.28
0492471471

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 8159-7 CONTA: 83.833-X
CLIENTE: JOSE MESSIAS LIMA SOARES

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
27/09/2019		
Saldo Anterior		
14/10/2019		
Pagto conta telefone	181481	
VIVO PE		
Saldo		
17/10/2019		
Pagto conta telefone	181781	
VIVO PE		
Saldo		
18/10/2019		
Transferencia recebida	10	83.833,00
18/10 8159	10	83.833,00
Transferencia enviada		
18/10 8159	63833	-63.833,00
Saldo		
21/10/2019		
Aplicacao Poupanca	853833	853.833,00
19/10 8159	518883833-2	JOSE MESSIAS L.
Transferencia enviada	816278	



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 098^a CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98^aCIRC
DINTER1/H4-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0188000746

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/12/2018 às 15:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 28/08/2017 no período da Noite

Houve ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SITIO LAGOA DO ALGODÃO - PERTO DA BARRAGEM - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL
Usado na fuga: **MAIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

0930011000 / AUTOR / VAGNTF ;
MARIA DO SOCORRO DE LIMA (TESTIMUNHA) ;
JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse da(s) Sr(a) JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

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

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (presente no plantão) - Sexo: Masculino / M: MARIA DO SOCORRO DE LIMA SOARES F: MARCIA JOSE CARDOSO SOARES Data de Nascimento: 01/01/1988 Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL Cidade Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefone: 81491060

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SITIO LAGOA DO ALGODÃO- PERTO DA VILA DE CORDANTAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA DO SOCORRO DE LIMA (não presente no plantão) - Sexo: Feminino / F: SEVERINA MARIA DA SILVA F: ADNEZIO COSTA DE LIMA Data de Nascimento: 06/01/1975 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 44377121155/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefone Civil: 81997130

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SITIO LAGOA DO ALGODÃO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: MÁO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Civil: DESCONHECIDO Endereço: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade da(s) Sr(a): MARIA DO SOCORRO DE LIMA, que estava em posse do(s) Sra. MARCIA MESSIAS DE LIMA SOARES

Data da ocorrência:

Data da ocorrência:

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA CG 150 TITAN K9** Objeto apresentado: Não
 Cor: VERMELHA - Linha/Cor: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Nº do KIT: KHR8371 (PERNAMBUCO/PIACABUÇU DAS ALMAS) Reclamação: 952942945 Chassi: 9C2RC061DER108125
 Pura Fábrica: PIACABUÇU DAS ALMAS, 2008/2008. Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL A VÍTIMA DIZENDO QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA E NA DATA DESIGNADA NESTE BO, ELE DISSE QUE PERDEU CONTROLE E CAIU DA MOTOCICLETA E NO OUTRO DIA FOI ENCONTRADO E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGENTE EM CARUARU E EM SEGURDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DO RECIFE, ONDE SEGUNDO ELE, FOI CONSTATADO UM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO. A VÍTIMA APRESENTOU E DEIXOU AQUI NA DEPOL UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO CUJO NÚMERO DO PROTOCOLO É 872965. A VÍTIMA DECLAROU TUDO ISSO, REGISTROU E ASSINOU PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

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

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES
 (VITIMA)

Jose Messias de Lima Soares

S.O.I. registrado por: HALTON MANOEL DA SILVA - Matrícula: 273499-0

Halton





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DPPB/SDC
DINTER1/14º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0188000746

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/12/2018 às 15:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 28/9/2017
no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO- PERTO DA BARRAGEM - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DO SOCORRO DE LIMA (TESTEMUNHA)
JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

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

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DE LIMA SOARES Pai: MARCIO JOSE CARDOSO SOARES Data de Nascimento: 0/5/1988 Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:
- 81491080

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO- PERTO DA VILA DE CORO DANTAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA DO SOCORRO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pai: ADINÉZIO COSTA DE LIMA Data de Nascimento: 6/6/1975 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4437212555PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 81997130

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO - 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: MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DO SOCORRO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHR6171** (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Renavam: **953942945** Chassi: **9C2KC08108R109525**

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL A VÍTIMA DIZENDO QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA E NA DATA DESIGNADA NESTE BO, ELE DISSE QUE PERDEU CONTROLE E CAIU DA MOTOCICLETA E NO OUTRO DIA FOI ENCONTRADO E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EM CARUARU E EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DO RECIFE, ONDE SEGUNDO ELE, FOI CONSTATADO UM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO. A VÍTIMA APRESENTOU E DEIXOU AQUI NA DEPOL UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO CUJO NÚMERO DO PROTOCOLO É 872985. A VÍTIMA DECLAROU TUDO ISSO, REGISTROU E ASSINOU PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

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

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

(VITIMA)

Jose Messias de Lima Soares
B.O. registrado por: **HAILTON MANOEL DA SILVA** - Matrícula: **273499-0**

Hailton



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do anexo ou APE:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

109.188.044-52 José Mervisias de Almeida Soares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

Recurso

11 - Bairro:

Fau Forno

13 - E-mail:

Recurso

8 - Endereço:

Cidade:

Rio das Almas

9 - Número:

PE 5530-000

10 - Complemento:

6 - CPF:

14 - CEP:

15 - Tel.(DDD):

(61) 99304-6898

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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\$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 POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicione uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Bancos abaixo)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: _____

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA: _____

(Inserir o dígito de verif.)

AGÊNCIA: 0189

7

CONTA: 83.093

X

(Inserir o dígito de verif.)

(Inserir o dígito de verif.)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que sou direito, reconhecendo e dando, desde já e converte após a efetivação do crédito, suiteção total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prestegeamento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do (IMI), concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às curas 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Actualmente Viúvo

24 - Data da morte 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 vítima faleceu, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou: Sim Não

31 - Vítima: Sim Não

32 - Se faleceu: informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando vinte, 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.



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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rio das Almas, 08/11/19
José Mervisias de Almeida Soares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00159-7

CONTA: 000010083033-1

Nr. da Autenticação 5301B16064511150

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1408277780

NOTA FISCAL | PAGAMENTO | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA INERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, NOA VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50060-902
CNPJ: 10.635.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 00005543-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02

COMERCIAL 110 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 282 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0207

Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187-

Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE:
MARCIO JOSE CARDOSO SOARES

DATA DE VENCIMENTO
14/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
07/11/2019

CONTA CONTRATO
7011881844

ENDEREÇO
SI LAGOA DO ALGODAO 680 -SITIO
LAGOA DO ALGODAO/PAU FERRO
-55120-000 RIACHO DAS ALMAS PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 147,34

DATA DA APRESENTAÇÃO
07/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
083630733

CLASSIFICAÇÃO
RURAL
MonoFásico
B2

PERÍODO CONSUMO
07/10/2019 a 07/11/2019

CONSUMO
228

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor de Imposto R\$ 35,78

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Descrição aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7011881844	11/2019	R\$ 147,34	14/11/2019	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

B38300000012 473400110076 011881844107 142629452135



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SEGUNDO-OCASÃO PODE SER DIFÍCIL DE VENDER AUTOMÓVEIS DE VIA FERROVIÁRIA OU POR SUA CARGA. A PESSOA TRABALHADORA DA SERRA SAIU DO MERCADO

PE-Nº 014487807197 BILHETE DE SEGURO DPV

此古文工本。如印。2000年正月。印制。七五四集。

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

TIJOCO DAS ALMAS - PE 2010 07/02/18

JOHN / DONNA - PLACER
153 076-888 XHDXL1A

REVISIÓN MARCA / MODELO
53-942-925 HONDA/CB 150 CAFE RACER

PRÉMIO TARIFÁRIO

36.35 4.01 45.05

4.15 0.32 0.456

DRAFTED PERTINENT 15/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 03.144.622/0001-14

SEGURADORES LÍDERES - REVAT

Copyright © 2010 by Pearson Education, Inc.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664365 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIANO COM HEMORRAGIA SUB-ARACNOIDE.

Descrição do exame LUCIDO, ATENTO, COM ABERTURA OCULAR FIXA MAS NAO CONTACTUA VERBALMENTE. RESPOSTA MOTORA
físico: PRESERVADA. FUNÇÕES AUTONOMICAS PRESERVADAS.

Resultados terapêuticos: REABILITAÇÃO NEUROLOGICA SATISFATORIA, MAS EVOLUIU COM TRANSTORNO COMPORTAMENTAL/HUMOR EM TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421612/19

Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

CPF: 129.188.044-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2017

Titular do CPF: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES : 129.188.044-52

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: 28/11/2019
Nome: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES
CPF: 129.188.044-52

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Steffany Caroliny Lins Veloso