
Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188603

Vítima: JAIME JOAO DE ANDRADE

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIME JOAO DE ANDRADE

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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188603

Vítima: JAIME JOAO DE ANDRADE

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAIME JOAO DE ANDRADE

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



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188603

Vítima: JAIME JOAO DE ANDRADE

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAIME JOAO DE ANDRADE

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JAIME JOAO DE ANDRADE

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000033739-1

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

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: 022.140.944-07 4 - Nome completo da vítima: JAIME JOÃO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: JAIME JOÃO DE ANDRADE 6 - CPF: 022.140.944-07
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: CAP. MANOEL INACIO DE MEDEIROS 1152 CASA
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOM JESUS 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.903-490
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87.9.9998.1477

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 ☐ 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/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 33739 1
(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 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 (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 Líder 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 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 (vai 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA; PE, 04/10/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 022.140.944-07 4 - Nome completo da vítima: JAIME JOÃO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: JAIME JOÃO DE ANDRADE 6 - CPF: 022.140.944-07
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: CAP. MANOEL INACIO DE MEDEIROS 1152 CASA
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOM JESUS 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.903-490
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87.9.9998.1477

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 ☐ 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/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 33739 1
(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 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 (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 Líder 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 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 (vai 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA; PE, 04/10/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 022.140.944-07 4 - Nome completo da vítima: JAIME JOÃO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: JAIME JOÃO DE ANDRADE 6 - CPF: 022.140.944-07
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: CAP. MANOEL INACIO DE MEDEIROS 1152 CASA
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOM JESUS 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.903-490
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87.9.9998.1477

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 ☐ 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/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 33739 1
(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 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 (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 Líder 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 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 (vai 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA; PE, 04/10/2020

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 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0267000768

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/02/2020 às 11:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 10/2/2020 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL, 1, PE QUE LIGA SERRA TALHADA AO DISTRITO DE SANTA RITA** - Bairro: **ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CAVALO (AUTOR \ AGENTE)
GEOVANO ADALBERTO DA SILVA (OUTRO)
JAIME JOAO DE ANDRADE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JAIME JOAO DE ANDRADE

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

JAIME JOAO DE ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS DORES DE ANDRADE** Pai: **JOAO FRANCISCO DE ANDRADE** Data de Nascimento: **16/4/1977** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5236281/SSP/PE (RG), 02214094407 (CPF), 05380044749 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 996215666**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, RUA 01, 1152, BOM JESUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

GEOVANO ADALBERTO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEOVANO ADALBERTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAIME JOAO DE ANDRADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

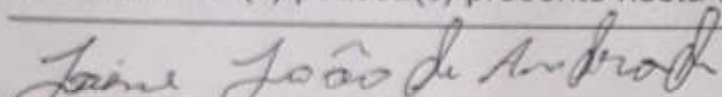
Placa: **PFE8299** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **28758585** Chassi: **9C2JC4120AR143436**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

28/02/2020 11:55

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, A VITIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL JA DESCRITO, TRAFEGAVA NA REFERIDA RODOVIA ESTADUAL, QUANDO EM DADO MOMENTO SURTIU EM SUA FRENTE UM ANIMAL(CAVALO), QUE NAO DEU PARA A VITIMA SE DESVENCILHA DO ANIMAL OCORRENDO UMA COLISÃO, QUE APÓS COLIDIR COM O CAVALO, A VITIMA CAIU DA MOTOCICLETA. ADIANTA A VITIMA, QUE APÓS O ACIDENTE FOI PARA CASA E NO OUTRO DIA 11/02/2020, COMO ESTAVA SENTIDO FORTES DORES, PROCUROU O HOSPAM, ONDE FOI ATENDIDO PELO O DR. AILO SERGIO. O QUAL CONSTATOU, QUE O MESMO TINHA SOFRIDO UMA FRATURA NO PESCOÇO.

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



JAIME JOAO DE ANDRADE
(VITIMA)



B.O. registrado por: EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0 - Matrícula: 151743-0



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0267000768

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/02/2020 às 11:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 10/2/2020 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL, 1, PE QUE LIGA SERRA TALHADA AO DISTRITO DE SANTA RITA** - Bairro: **ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CAVALO (AUTOR \ AGENTE)
GEOVANO ADALBERTO DA SILVA (OUTRO)
JAIME JOAO DE ANDRADE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JAIME JOAO DE ANDRADE

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

JAIME JOAO DE ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS DORES DE ANDRADE** Pai: **JOAO FRANCISCO DE ANDRADE** Data de Nascimento: **16/4/1977** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5236281/SSP/PE (RG), 02214094407 (CPF), 05380044749 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 996215666**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, RUA 01, 1152, BOM JESUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

GEOVANO ADALBERTO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEOVANO ADALBERTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAIME JOAO DE ANDRADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

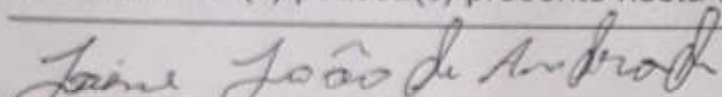
Placa: **PFE8299** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **28758585** Chassi: **9C2JC4120AR143436**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

28/02/2020 11:55

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, A VITIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL JA DESCRITO, TRAFEGAVA NA REFERIDA RODOVIA ESTADUAL, QUANDO EM DADO MOMENTO SURTIU EM SUA FRENTE UM ANIMAL(CAVALO), QUE NAO DEU PARA A VITIMA SE DESVENCILHA DO ANIMAL OCORRENDO UMA COLISÃO, QUE APÓS COLIDIR COM O CAVALO, A VITIMA CAIU DA MOTOCICLETA. ADIANTA A VITIMA, QUE APÓS O ACIDENTE FOI PARA CASA E NO OUTRO DIA 11/02/2020, COMO ESTAVA SENTIDO FORTES DORES, PROCUROU O HOSPAM, ONDE FOI ATENDIDO PELO O DR. AILO SERGIO. O QUAL CONSTATOU, QUE O MESMO TINHA SOFRIDO UMA FRATURA NO PESCOÇO.

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



JAIME JOAO DE ANDRADE
(VITIMA)



B.O. registrado por: EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0 - Matrícula: 151743-0

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: 022.140.944-07 4 - Nome completo da vítima: JAIME JOÃO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: JAIME JOÃO DE ANDRADE 6 - CPF: 022.140.944-07
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: CAP. MANOEL INACIO DE MEDEIROS 1152 CASA
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOM JESUS 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.903-490
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87.9.9998.1477

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 ☐ 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/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 33739 1
(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 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 (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 Líder 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 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 (vai 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA; PE, 04/10/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 022.140.944-07 4 - Nome completo da vítima: JAIME JOÃO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: JAIME JOÃO DE ANDRADE 6 - CPF: 022.140.944-07
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: CAP. MANOEL INACIO DE MEDEIROS 1152 CASA
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOM JESUS 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.903-490
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87.9.9998.1477

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 ☐ 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/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 33739 1
(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 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 (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 Líder 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 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 (vai 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA; PE, 04/10/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 022.140.944-07 4 - Nome completo da vítima: JAIME JOÃO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: JAIME JOÃO DE ANDRADE 6 - CPF: 022.140.944-07
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: CAP. MANOEL INACIO DE MEDEIROS 1152 CASA
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOM JESUS 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.903-490
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87.9.9998.1477

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 ☐ 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/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 33739 1
(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 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 (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 Líder 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 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 (vai 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA; PE, 04/10/2020

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 CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAIME JOAO DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000033739-1

Nr. da Autenticação A1745DD098B5F70B



PERNAMBUCO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL DE PERNAMBUCO
ADAMANTON RAGALHARES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº 18

11.02.2020 4:35
 Nome: Yasone João de Andrade
 Data de Nascimento: 16.04.77 Sexo: masculino Estado: Pernambuco
 Mãe: Márcia dos Dores de Andrade
 Endereço: Rua 01 de N.º 2 Cep: 5236232
 Telefone: 18517327857 Celular: 96515666
 Cor da pele: Branca Tipo de cabelo: Preto Estado civil: 8

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☒ AMARELO

Situação/Queixa: 07.47h - Dor cervical após trauma
há 2 dias, dor progressiva, formigamento nos membros

Pa: 120x80 Pulso: — HGT: — T: — SpO2: —
 Exame de urina: Normal
 Exame de sangue: Normal
 Programa: Su Clínico Carimbo e Assinatura: [Assinatura]

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente no local de trabalho com movimento de choque no pescoço. Chega com dor intensa nos braços e pernas distais. Desorientado.

Tratamento:

- 1) Reposo de coluna cervical e ACP e FNP
- 2) Redução do entorpecimento TCC de coluna cervical

[Assinatura]
 Luciano Batista da Silva
 Ff. Imob. 1459

Hipótese Diagnóstica:

TRM
Fd. Cerv.

Carimbo e Assinatura:

[Assinatura]
 Dr. Ailo Sérgio Q. Bezerra
 Clínica Médica

PACIENTE: JAIME JOÃO DE ANDRADE REGISTRO: 12184
DATA DE NASCIMENTO: 16/04/1977 DATA DO EXAME: 11/02/2020

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Protrusão discal mediana em C3-C4 determinando compressão sobre a face anterior do saco dural.

Abaulamento discal posterior mediano em C4-C5 determinando compressão sobre a face anterior do saco dural.

Complexos disco-osteofitários em C5-C6 e C6-C7 determinando compressão sobre a face anterior do saco dural.

Calcificação do ligamento longitudinal posterior em C3-C4, C4-C5 e C5-C6.

Calcificação do ligamento longitudinal anterior/ânulo fibroso em C3-C4, C4-C5, C5-C6 e C6-C7.

Os corpos vertebrais estudados são alinhados e apresentam altura, forma e densidades usuais, com osteófitos marginais.

Elementos posteriores estudados íntegros.

Articulações interapofisárias preservadas.

Uncoartrose bilateral inicial em C5-C6 e C6-C7.

O canal vertebral ósseo apresenta amplitude usual.

Os discos intervertebrais têm altura e densidade usuais.

Os forames de conjugação estudados são livres e apresentam amplitudes usuais.

- Fratura fragmentada e levemente desalinhada acometendo o arco anterior do atlas.

CONCLUSÃO:

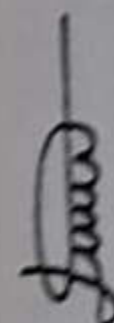
Alterações degenerativas da coluna cervical.

Herniação discal mediana em C3-C4.

Abaulamento discal posterior mediano em C4-C5.

Complexo disco-osteofitário em C5-C6 e C6-C7.

Fratura fragmentada e levemente desalinhada acometendo o arco anterior do atlas.



Dra. Erica Machado CRM 122906-SP

Rua Comandante Superior, 980 - Centro - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-1637 - Fax: (87) 3831-1453
CNPJ: 35.334.895/0001-85

JAIME JOÃO DE ANDRADE

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 10/02/2020 no município de Serra Talhada- PE. Após o acidente foi atendido inicialmente no HOSPAM, onde realizou tomografia da coluna cervical, demonstrando fratura fragmentada e levemente desalinhada acometendo o arco anterior do atlas. Realizado tratamento conservador.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente no dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: dores cervicais, principalmente em movimentação lateral do pescoço. Limitação para realizar extensão e flexão da cabeça. Ainda apresenta dormência e formigamento em membro superior esquerdo.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 75% para suas funções trabalhistas como ajudante de serviços gerais.

Serra Talhada, 13 de maio de 2020.

Dr.ª Tamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.615

ESPECIALISTAS:

- Traumatologista/Ortopedista
- Anestesista - Especializada em acupuntura, dor crônica e ondas de choque
- Ultrassonografia
- Medicina Ortomolecular
- Neurocirurgia

- Nutricionista
- Reumatologista
- Fisioterapeuta
- Cardiologista - Crianças e recém nascidos
- Hematologia e Hemoterapia
- Clínica Geral

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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1220003474

NOME
JAIME JOAO DE ANDRADE



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5236281 SSP PE

CPF
022.140.944-07

DATA NASCIMENTO
16/04/1977

FILIAÇÃO
JOAO FRANCISCO DE
ANDRADE
MARIA DAS DORES DE
ANDRADE

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
2.B

Nº REGISTRO
05380044749

VALIDADE
22/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
16/12/2011



OBSERVAÇÕES
sem observações

Jaime Joao de Andrade
ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1220003474

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
22/01/2016

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

90733832159
PE070959382

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014485325810

VIA 1
CÓD-RENAVAM 257585665
RNTRC *****
EXERCÍCIO 2019

GEOVANO ADALBERTO DA SILVA

SERRA TALHADA-PE

CPF/CNPJ 075.993.894-66
PLACA 075.993.894-66
PLACA ANT / UF ***** / PE

CHASSI 9C2JC4120AR143436

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA
COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN E3
ANO FAB 2010
ANO MOD 2010

CAP / POT / CIL 22 / 124CL
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE VERMELHA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA			VENC. / COTAS
		1º	2º	3º	
IPVA 2019 QUITADO		1º	2º	3º	
FAIXA IPVA	1	*****	*****	*****	
PARCELAMENTO / COTAS	1	*****	*****	*****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11
IOF (R\$) 0.32
PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.43
DATA DE PAGAMENTO 25/01/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

SERRA TALHADA
ROBERTO CARLOS MORAES
DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

DATA 30/04/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485325810 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GEOVANO ADALBERTO DA SILVA

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

SERRA TALHADA-PE
EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 30/04/19

VIA 1
CPF / CNPJ 075.993.894-66
PLACA PFE8299

RENAVAM 257585665
MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN E3

ANO FAB 2010
CAT. TARIF 09
Nº CHASSI 9C2JC4120AR143436

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 35.00
DENATRAM (R\$) 4.01
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

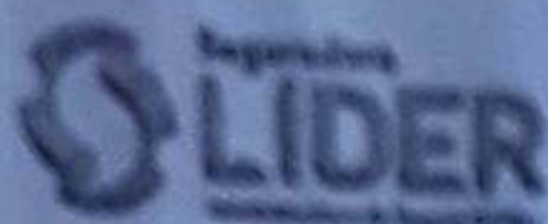
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
IOF (R\$) 0.32
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 84.58

COTA ÚNICA
PAGAMENTO
PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO 25/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DETRAN - PE
ROBERTO CARLOS MORAES
DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segurosderelider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 0800 1199 / Outras regiões: 0800 023 32 04 / Das 0h às 24h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 023 8188 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 023 32 06
Central de Denúncia: 0800 081 2562 | Ouvidoria: 0800 023 91 25

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

Nome do beneficiário: **JAIME JOÃO DE ANDRADE**

CNPJ do beneficiário: **000 540.944.07**

Nome do solicitante:

CNPJ do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**87**) **1.99998-5477**

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(s) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

HOJE ESTOU DE ALTA DEFINITIVA, MAS ESTOU COM SEQUELAS FRATURA COM DESALINHADA SEM MOVIMENTAÇÃO LATERAL DO PESCOÇO E LIMITAÇÃO PARA EXTENSÃO E FLEXÃO DA CABEÇA E DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO EM MEMBRO SUPERIOR POIS ESTOU DE ALTA DEFINITIVA, COMO ESTA NO LAUDO.

SERRA TALHADA-PE 21/05/2020

Local e Data

x Jaime João de Andrade
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200188603

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAIME JOAO DE ANDRADE

Data do acidente: 10/02/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da coluna cervical com fratura fragmentada e levemente desalinhada acometendo o arco anterior do atlas.

Descrição do exame físico: Vítima com referência de parestesia em membro superior esquerdo. Ao exame físico, vítima com redução leve dos movimentos da coluna cervical.

Resultados terapêuticos: Vítima admitida com relato de algia cervical e com formigamento em membros superiores, sendo indicada a realização de exames de imagem e avaliação ortopédica. Tomografia computadorizada da coluna cervical de 11/02/2020 concluindo: "alterações degenerativas em coluna cervical, hérniação discal mediana em C3-C4, abaulamento discal posterior mediano de C4-C5, complexo disco-osteofitário em C5-C6 e C6-C7 e fratura fragmentada e levemente desalinhada acometendo o arco anterior do atlas", sendo optado por tratamento conservador. Evoluindo sem complicações, com referência de alta em 02/04/2020.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna cervical

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/05/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146826/20

Vítima: JAIME JOAO DE ANDRADE

CPF: 022.140.944-07

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAIME JOAO DE ANDRADE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAIME JOAO DE ANDRADE : 022.140.944-07

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: 22/05/2020
Nome: JAIME JOAO DE ANDRADE
CPF: 022.140.944-07

JAIME JOAO DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200188603**

Nome do(a) Examinado(a): **JAIME JOAO DE ANDRADE**

Endereço do(a) Examinado(a):

R MANOEL INACIO DE MEDEIROS, 1152 - Serra Talhada - PE - CEP 56906-430

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **5236281**

Data e local do acidente: [**10/02/2020**] **SERRA TALHADA**

Data e local do exame: [**29/05/2020**] **Serra Talhada** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da coluna cervical com fratura fragmentada e levemente desalinhada acometendo o arco anterior do atlas.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima com referência de parestesia em membro superior esquerdo. Ao exame físico, vítima com redução leve dos movimentos da coluna cervical.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima admitida com relato de algia cervical e com formigamento em membros superiores, sendo indicada a realização de exames de imagem e avaliação ortopédica. Tomografia computadorizada da coluna cervical de 11/02/2020 concluindo: "alterações degenerativas em coluna cervical, herniação discal mediana em C3-C4, abaulamento discal posterior mediano de C4-C5, complexo disco-osteofitário em C5-C6 e C6-C7 e fratura fragmentada e levemente desalinhada acometendo o arco anterior do atlas", sendo optado por tratamento conservador. Evoluindo sem complicações, com referência de alta em 02/04/2020.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional da coluna cervical

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Coluna cervical

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ebenone Antonio da Silva - CRM: 15122 - PE