

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

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592656

Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592656

Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

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, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592656

Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000010002131-X

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **12364718119** 3 - CPF da vítima: **104.437.914-44** 4 - Nome completo da vítima: **Mikail Agruus Peres da Silva**

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

5 - Nome completo: Mikail Agruus Peres da Silva	6 - CPF: 104.437.914-44		
7 - Profissão: Agruus	8 - Endereço: Rua José Rizzioli	9 - Número: SIM	10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Padre Regis	13 - Estado: PR	14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (83) 99192-8028	

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:
Mikail Agruus Peres da Silva

18 - CPF do Representante Legal:
104.437.914-44 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:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)		

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 Impossível digitar ou não beneficiário declarante	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, Jurio Peres 18/10/2019 x Mikail Agruus Peres da Silva	Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------------------------

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **10264718159** 3 - CPF da vítima: **101.437.914-44** 4 - Nome completo da vítima: **Mikael Aguiar Peres da Silva**

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

5 - Nome completo: Mikael Aguiar Peres da Silva	6 - CPF: 101.437.914-44		
7 - Profissão: Agente de vendas	8 - Endereço: Rua Jrix Rizimolo	9 - Número: SIM	10 - Complemento: -
11 - Bairro: Lemprés	12 - Cidade: Diduré Ribeirão	13 - Estado: PR	14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (43) 99192-8028		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<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: 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: **10491** L CONTA: **2331** 8

(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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (válvulas)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Joinville 23/10/2019**

Mikael Aguiar Peres da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
19/10/2013 AUTO-ATENDIMENTO 14.02.55
219173197 241

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA
DA CONTA CORRENTE PARA PÓFANA

DEBITADO

AGÊNCIA: 2191-1 CONTA: 10.242-3
CLIENTE: DAMIÃO ANTONIO DA SILVA

FAVORECIDO

AGÊNCIA: 2191-1 CONTA: 2131-3 VAR: 51
CLIENTE: MIKAEL ALESSANDRA SILVA
VALOR: 10,00

TRANSFERÊNCIA IMEDIATA

Creditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.783.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 568/2019

DELEGACIA DE POLICIA
DE JACARAÚ
Estado da Paraíba

Aos 16 dias de outubro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr.(a). **JAIRO JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 12h:43min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MIKAEL AGRÍCIO PESSOA DA SILVA, conhecido por , RG nº 4.150.163-SSP/PB, CPF nº 107.437.914-44, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Edinaldo Pessoa da Silva e Marlene Pessoa da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 10/01/1999, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pau d'Arco de Cima, S/N, nº , bairro: –Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: px. fazenda da Drª SOCORRO, fone(s) para contato: (83) 98689-7944.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 13 de maio de 2019;
- 3) HORÁRIO: 12h:30min;
- 4) LOCAL: na rua principal nº , bairro Centro–Pedro Régis/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 150 TITAN KS, NIV: 9C2KC08105R033316, ano/modelo: 2004/2005, cor vermelha, placa: MNX-7329/PB, licenciada em nome de EDINALDO PESSOA DA SILVA.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE.

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, quando um veículo não identificado entrou abruptamente em uma rua transversal; QUE o notificante não conseguir frear a tempo e colidiu na lateral do veículo, cujo condutor se evadiu do local; QUE em seguida o notificante foi socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

MIKAEL AGRÍCIO PESSOA DA SILVA

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/AgenteMat. nº 155.335-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **12364718119** 3 - CPF da vítima: **104.437.914-44** 4 - Nome completo da vítima: **Mikail Agruus Peres da Silva**

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

5 - Nome completo: Mikail Agruus Peres da Silva	6 - CPF: 104.437.914-44		
7 - Profissão: Agruus	8 - Endereço: Rua José Rizzioli	9 - Número: SIM	10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Padre Regis	13 - Estado: PR	14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (83) 99192-8028	

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:
[Nome]

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve 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 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 Impossibilidade de apresentar à Seguradora Lider a documentação necessária para a realização de perícias devidamente qualificadas	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ x Mikail Agruus Peres da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
----------------------------------------------------	-------------------------------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO RÉGIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

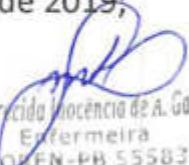
CENTRO DE SAÚDE SEVERINA FERNANDES

DECLARAÇÃO

Declaro que o paciente MIKAEL AGRÍCIO PESSOA DA SILVA;portador do RG-4.150.163/SSDS-PB;nascido em 10/01/1999,foi atendido pelo pala ambulância o Município de Pedro Régis, em 13/05/2019 às 12:30 minutos,na PB 071-no-NA RUA MIGUEL LUIZ,CENTRO, MUNICÍPIO DE PEDRO RÉGIS-PB,vítima de acidente DE QUEDA DE MOTOCICLETA ,consciente, orientado ,com trauma no pé direito ,com fratura exosta e suspeita de lesão de tendão ,onde foi realizado imobilização .Foi realizado o atendimento pré-hospitalar-APH pela a equipe do município e remoção do paciente para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY- ORTOTRAUMA-JOÃO PESSOA-PB .

Pedro Régis,30 de Maio de 2019,

MARIA APARECIA INOCENCIO E ARAÚJO GABINIO-COREN 55583-ENF


Maria Aparecida Inocencio de A. Gabino
Enfermeira
COREN-PB-55583

(COORDENADORA DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE SAÚDE SEVERINA FERNANDES)

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: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010002131-X

Nr. da Autenticação 5C4D115BFB3BF82A

JOSE ANTONIO TRAJANO SOBRINHO
RUA JOSE ROSENDO, S/N - CENTRO
PEDRO REGIS / PB CEP 58273000 (AG 14)

Lgacão: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAXA RENDA

Roteiro: 7 - 30 - 611 - 4322
Referencia: Mai / 2219
Medidor: 00008407719
Emissao: 13/05/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Cristo Redentor-João Pessoa/PB - CEP 59071-690
CNPJ 09.085.183/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°024.805.850
Cód. para Déb. Automático: 00015362346

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisab.com.br

conta referente a

Apresentação

**Data prevista da
próxima leitura**

CPI/CNPJ/RAN

Mai / 2019

13/05/2019

11/06/2019

101.463.954-92

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

511536234-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil


enerGISA



CERTIDÃO

Nº. 1478/2019

Atendendo solicitação de ABRAÃO COSTA FLORÊNCIO DE CARVALHO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº229042 e Prontuário N° 2019.05.1539 pertencentes ao paciente **MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA** que foi atendido dia 13/05/2019 às 14h37min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do hálux direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/05/2019. Com alta médica dia 14/05/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de Setembro 2019

Dra. Fabiana F. de Araújo
CRM/PB 4516
CRM/PB 4516
Médica
CRM/PB 4516

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
CEP 55-310-000 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 229042- Atd: Nao Regul.
Data: 13/05/2019
Hora: 14:37:53
Recepctionista: ANA CLAUDIA XAVIER S.
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Num. Prontuario: 2019.05.001539

CNS: 706309709564774 Sexo: M IDENTIDADE: 4150163 Fone: 986897944

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 10/01/1999 Id: 20 ano(s)

Rnd.: NAO SOUBE INFORMAR,O

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRO REGIS UF :PB

Mae: MARLENE PESSOA DA SILVA

Pai: EDINALDO PESSOA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MECANICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE DE PEDRO REGIS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COL. CARROMOTO PEDRO REGIS HJ, CONDUTOR

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispineia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito	

Queixa Principal

Observacao

TRAUMA EM DEDO DO PE

Regece que o dedo

ef. traum. no pe.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

EF: lesao da unha

ext. Hallux.

Diagnostico

i Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

- SF091. 1000ml IV.

- Dipirona 500mg + AS 15.

- Ao Relato Paciente

Dr. Alvaro F. F. Vieira
Ortopedia
08/05/2019

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

→ Possibile di finire Basilea

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Miguel Agricio P. da Silveira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>Dr. Alisson</i>		1º Assistente:	<i>Dr. Hartum</i>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura exposta do halux D. Lesões tendinosa extensor longo do halux L.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mecanismo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>- Trat. cirúrgico da fratura do halux. - Tenosynostio.</i>					
CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:		
		2 () Não			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim			
		2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					
<i>Dr. Alisson F. F. Vieira Ortopedia - Traumatologia CRM-PB 6913 CRM-PE 17606 SBOT 12814</i>					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pct em D) sob anestesia.

20 mino aseptico pr.17.

Observado fratura das raias do
halux e (Tensão cr.) digo tendão
do tendão extensor longo do

Incisão: Halux.
do tendão extensor longo do

Lavagem exaustiva el STOS.

Tensão cr. +

Achados: Fixação com fita b.
Sutura + curativo

Conduta:

DR. ANTONIO
Oncorodr. F. A. Vieira
Cirurgião Ortopedista
CRM-PB 12814
SBOT 12814

Fechamento:

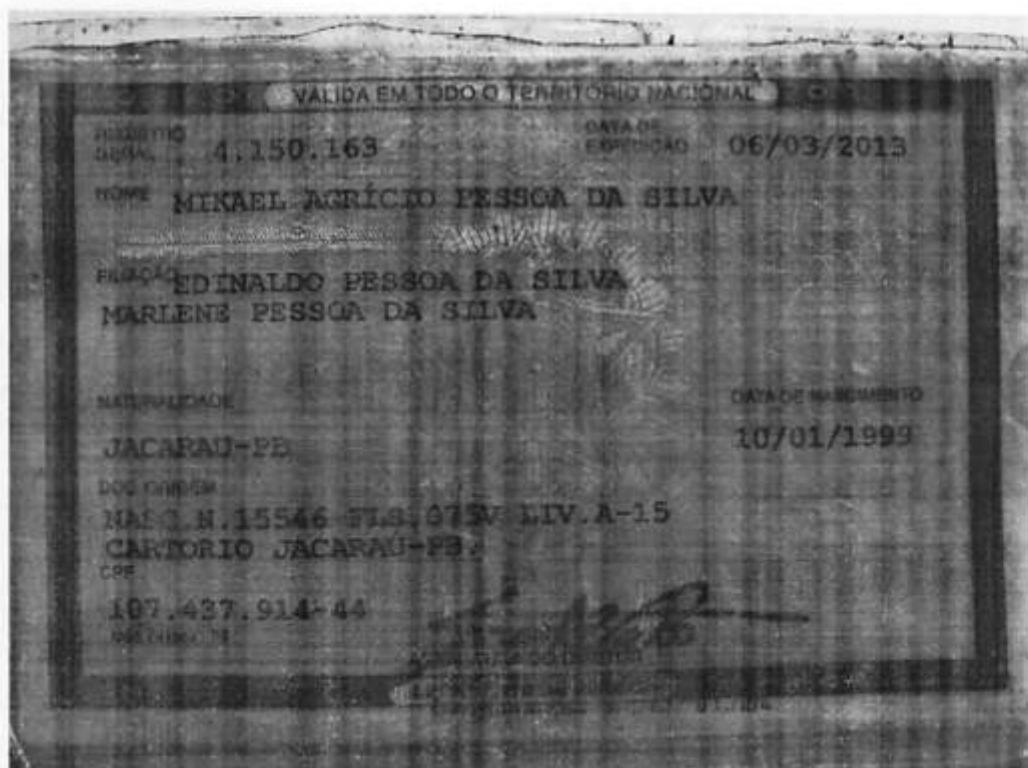
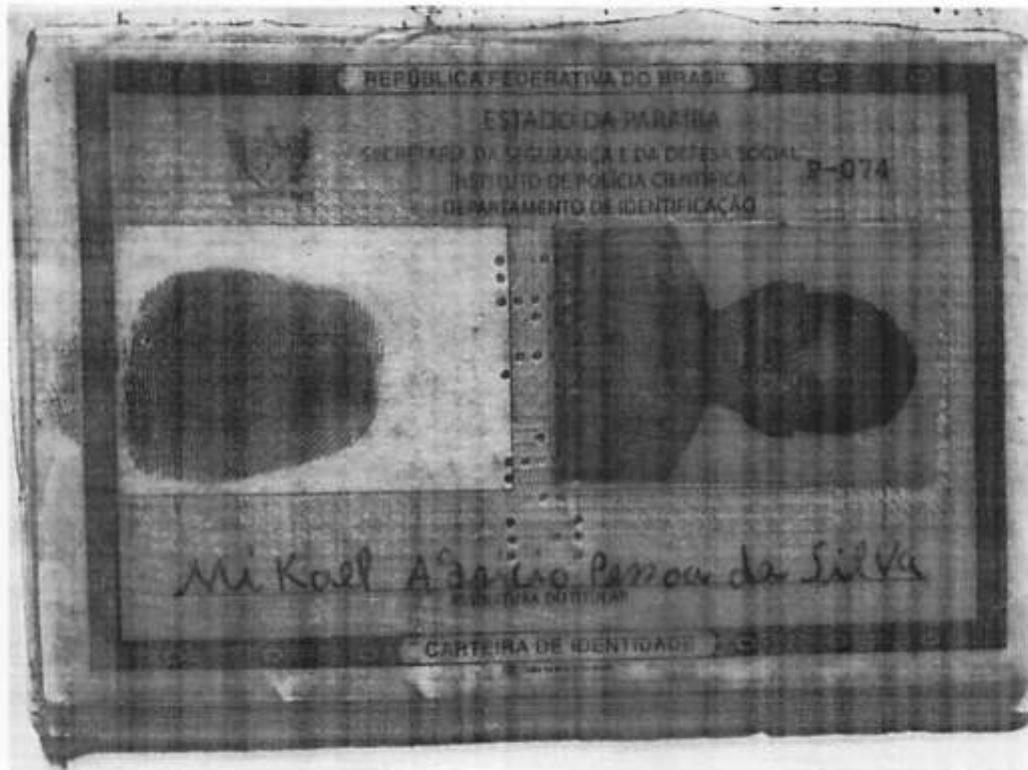
OBS:

Data: 30/03/19

MEDICO/CRM

LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 011755324248

CERTIFICADO DE REGISTRO E CADASTRAMENTO DE VEÍCULO

VIAJ 0083865680-3 00/0000000000 EXP 01/15

EDINALDO PESSOA DA SILVA

04269371914 / CNPJ

MNXT329 / PB

Nº PLACA ANT/UEI 9e2KE08105R083316

PAS/MOTOCICLETAS/NAO APLICÁVEL Gasolina

2004 - 2005 ANO/FAB. - 2005 MOD.

2015 / 09 / 2015 / CTPR PARTE CATEGORIA VENCIMENTO PRESTADANTE

COTA ÚNICA

000000000000

VENC/COTAS

I
P
V
A

PARCELA MENSAL / COTAS

1^a

PARCELA MENSAL / COTAS

2^a

PARCELA MENSAL / COTAS

3^a

PREMIO TARIFARIO R\$ 0,00 SEGURO PREMIO TOTAL R\$ 0,00 21/09/2015

SEM RESERVA DE DOPPIO

DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATÓRIO

PARA APLICAÇÃO DE TRÂNSITO DE PENCA

JACARA



LOCAL:

322

Anselmo Chaves Sousa

Delegado Suplementar adjunto - DETRAN-PB

21/09/2015

DATA

16152

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592656 Cidade: Pedro Régis Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA Data do acidente: 13/05/2019 Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO (LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.4/5_CIRURGIA.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 011755324248

CERTIFICADO DE REGISTRO E CADASTRAMENTO DE VEÍCULO

VIAJ 0083865680-3 00/0000000000 EXP 01/15

EDINALDO PESSOA DA SILVA

04269371914 / CNPJ

MNXT329 / PB

Nº PLACA ANT/UEI 9e2KE08105R083316

PAS/MOTOCICLETAS/NAO APLICÁVEL Gasolina

2004 - 2005 ANO/FAB. - 2005 MOD.

261191 / CTPR PARTE CATEGORIA VENCIMENTO

COTA ÚNICA

000000/00000

VENC/COTAS

I
P
V
A

PARCELA MENSAL / COTAS

1^a

PARCELA MENSAL / COTAS

2^a

PARCELA MENSAL / COTAS

3^a

PREMIO/TARIFARIO PREMIO SEGURO PREMIO TOTAL 21/09/2015

SEM RESERVA DE DOPPIO

DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATÓRIO

PARA APLICAÇÃO DE TRÂNSITO DE PENCA

JACARA



LOCAL

322

Anselmo Chaves Sousa
Delegado Suplementar do DETRAN-PB

21/09/2015

DATA

16152

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364718/19

Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

CPF: 107.437.914-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA : 107.437.914-44

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: 18/10/2019
Nome: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA
CPF: 107.437.914-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA