

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10799499

A/C: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Sinistro: 3170015184 ASL-1216046/16
Vítima: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES
Data Acidente: 25/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001061-8

Conta: 000510025176-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

M.L

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

PORTADOR(A) DO RG Nº 9675328

EXPEDIDO POR _____

EM 04/02/13 E

CPF 113999304-60 /CNPJ _____

PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner e/ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 1 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1061-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 510.025.176-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Sena, Telleche R. 16 de dezembro de 2016
LOCAL E DATA

Kaique Alonso de Souza Nunes
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CTRPCIO1 SIBBB - Sistema de Informacoes Banco do Brasil Pag:1031
 1143133% Extrato de Conta de Poupanca 10:23:12 15/12/2016

***** Extrato para o periodo de: 01/12/2016 a 31/12/2016 *****

Ag: 1061-K FLORESTA-PR - PE Poupanca: 510-025.176-6 Abertura: 13/12/2016
 KATQUE ALONSO ROCHA RUMES CPF: 113.484.304-60

REMISSAL PESS.FISICA INDIVIDUAL NAO LIGADA SAC REM

ES.LCIC	DT.MOTO	DESCRICAO	DOCUMENTO	VALOR
SALDO ANTERIOR				0,00
13/12/2016	13/12/2016	50% DEP.DIMINUICAO	16080	50,00 C
Saldo				50,00 C
Valor Bloqueado				0,00
Valor Disponivel				50,00 C
RESUMO POR DATA BASE				
13		SALDO	COMPENSATORIO	VALOR BLOQUEADO
		50,00	0,00	0,00

SEGURADORA LIDER DEQUIT - 2 - 28/12/16 16:02 - 000145275

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Kaique Alonso de Souza Nunes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Lourival Diniz Carvalho, 444
Santa Rosa Floresta PE CEP: 56400-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 435421
Data local do exame: [30/03/2017] Brejo Santo [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**TRAUMA EM JOELHO DIREITO COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL CONDILO LATERAL
DORES AO DEAMBULAR + LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO DE 0° A 92° + MARCHA CLAUDICANTE + ATROFIA MUSCULATIRA
DO QUADRICEPS COXA DIREITA**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

BOA EVOLUÇÃO

Data da alta: 4 MESES APÓS O TRAUMA

PACIENTE SUBMETIDO A REDUÇÃO DA FRATURA DO CONDILO TIBIAL LATERAL E FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADO DE 7 MM COM ARRUELA, O MESMO REFERE FISIOTERAPIA

Complicações: NÃO

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO (DORES AO DEAMBULAR + LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO DE 0° A 92° + MARCHA CLAUDICANTE + ATROFIA MUSCULATIRA DO QUADRICEPS COXA DIREITA)

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 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

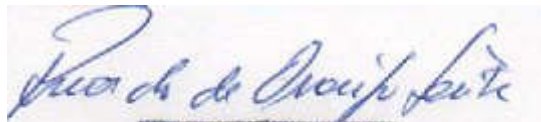
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ricardo de Araújo Leite
CRM 45617 - CPF 135.281.573-72



**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. 16E0267004033

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/11/2016** às **11:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/9/2016** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, RODOVIA PE-360** - Bairro: **ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POST AIRI / MALHADA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE-360**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
DESCONHECIDO-01 (VITIMA)
DESCONHECIDO-02 (VITIMA)
DESCONHECIDO-03 (VITIMA)
KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES**



SESPRODOR LIDER DEPAT - 7 - 28/12/16 16:01 - 000145240

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

DESCONHECIDO-01 (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO-02 (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO-03 (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA GONCALVES DOS SANTOS** Pai: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **15/5/1993** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA LOURIVAL DINIZ CARVALHO, 444 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELE/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHP7671** (PERNAMBUCO/FLORESTA) Renavam: **953479277** Chassi: **9BD15822786083859**

Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **VEICULO MATRICULADO EM NOME DE: ARESTIDES ANTONIO ROSA.**

Complemento / Observação

A VÍTIMA EM TELA, KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES, CONDUZIA O VEÍCULO AQUI DISCRIMINADO PELA RODOVIA PE-360, NO SENTIDO IBIMIRIM-PE / FLORESTA-PE, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO POSTO AIRI / MALHADA, A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO APÓS "COCHILAR" NO VOLANTE, VINDO A CAPOTAR COM O AUTOMÓVEL, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL EM FLORESTA, E POSTERIORMENTE A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA CIDADE DE SERRA TALHADA-PE, DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO. A VÍTIMA DECLARA QUE DENTRO DO CARRO COM ELE ESTAVAM OUTRAS TRÊS PESSOAS COMO CARONAS, NÃO DECLINANDO O NOME DELAS NA OCASIÃO.

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

B.O. registrado por: **ALEXANDRE BITTENCOURT SANTOS** - Matrícula: **272.710-2**



Impératif

SEBASTIAN LIEBOWITZ - 7 - 28/12/16 16:02 - 000145266



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES, portador da carteira de identidade nº 9675328, e inscrito no CPF/ME sob o nº 11399930460, residente e domiciliado na Rua Laurival Diniz Carvalho, 444, Santa Rosa, Cidade: Flaurista, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que não 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

Declaro ainda, estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Kaique Alonso de Souza Nunes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Talleda - PE, 16 de dezembro de 2016

Local e data

SEGURO LÍDER DPVAT 7 - 28/12/16 16:01 - 000145266



ATENDIMENTO MEDICO AMBULAT



2.0005

NOME

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ

CÓDIGO

00012378

ENDEREÇO

RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO

LOCALIDADE

FLORESTA

ESTADO

PE

CEP

56400-000

NOME

Kauke Alonso Nunes

SEGURADO

PROFISSÃO

IDADE

23

DATA DE NASCIMENTO

150693

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

000000

ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO

LOCALIDADE

ESTADO

PE

CEP

56400-000

SEGURADO 1

☐

NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE

DEPENDENTE 2

☐

NOME

IDADE

00

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

Rua Lourival Diniz Carvalho

LOCALIDADE

Floresta

ESTADO

PE

CEP

56400-000

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

00000000

OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)

NÚMERO

ÓRGÃO EMISSOR

DATA DO ATENDIMENTO

250916

REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO

SIM 1

NÃO 2

Nº VEZES

00

HORA DO ATENDIMENTO

1055

MOTIVO DO ATENDIMENTO

⇒ Paciente de Sujeito

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

TOER DPVAT 28/12/16 16:02 000195269

OBS: Anexar os resultados dos exames complementares realizados.

DIAGNÓSTICO

Pneumonia fúngica

CID

000000

PROCEDIMENTO

Pneumonia

CÓDIGO

000000

NATUREZA DO ATENDIMENTO

☐ 1 CLÍNICO☐ 5 PSIQUIÁTRICO☐ 2 CIRÚRGICO☐ 6 TISIO-PNEUMOLÓGICO☐ 3 OBSTÉTRICO☐ 7 ODONTOLÓGICO☐ 4 PEDIÁTRICO☐ 8 OUTRO

MEDICAÇÃO

☐ 1 PRESCRITA☐ 2 APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ 1 PARA RESIDÊNCIA☐ 2 PARA AMS☐ 3 INTERNAÇÃO☐ 4 ÓBITO

NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE

ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO

CARIMBO CRM OU CRO

ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE

Kauke Alonso Nunes

Caso não saiba assinar, aplicar polegar direito ao lado

INSTRUÇÕES

Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.

Assinalar com "X" as quadriculas precedidas de número, marcando a afirmativa

São responsáveis pela informação o médico ou odontólogo assistente e os diretores da entidade conveniente ou contratada.

A declaração falsa ou fraude sujeita os infratores às sanções dos art. 171 e/ou 299 do código penal

COMPROVANTE ATO DECLARATÓRIO

[illegible]

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável.

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: 03/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000510025176-6

Nr. da Autenticação DB0B6F462159FCF6



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES,

RG nº 9675328, data de expedição 04/02/13 Órgão SDS/PE,

CPF nº 113.999.30460, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Lauroval Diniz Carvalho</u>
Número	<u>444</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SANTA ROSA</u>
Cidade	<u>FLORESTA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56400-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84)3834-5955/99912 8236</u>
E-mail	<u>alexandredgoubesentes@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada - PE, 16 de dezembro de 2016

Assinatura do Declarante: Kaique Alonso de Souza Nunes

SEGURADORA LIDER DEPUT - 7 - 29/12/16 16:01 - 00145265



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.056.932/0001-06 | Insc. Est. 000564-93 | www.galea.com.br

DADOS DO CUENTE
LUIZA DE SOUZA NUNES

CPF (M7.377 64-88 NIS 18455209037

CLASSIFICACAO
AT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Municipal

0000000000	UNICA	0000000000
------------	-------	------------

DATE: 01/01/2018	TIME: 00:00:00	IP: 192.168.1.1
------------------	----------------	-----------------

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA LOUIVAL DINIZ CARVALHO 444

STANFORD/FLORESTA
FLORESTA
56100 000

CONTA CONTRATO REGIMDO
2043124016 09/2016

DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO PROPRIAL PÔL
16/09/2016	10/10/2016

TOTAL A. RADIAN (R\$)	88,4
-----------------------	------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Q-TANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Médio 16 30 kWh	30,00000000	0,71084300	21,33
Consumo Médio Superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,57181800	39,93
Consumo Médio Superior a 100 até 250 kWh	70,00000000	0,56796600	39,72
Contribuição Iluminação Pública			11,00
CMDS Subvenção - CDE-Nº 000310806 15/04/16			0,61
CMDS Subvenção - CDE-Nº 000052481-11/07/16			0,67
Multa por atraso NF 03100516 - 10/09/16			1,35
Multa por atraso NF 00100516 - 10/09/16			0,74

 $\rightarrow$ 100% DA 50% UFA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESA (NOTA FISCAL)

DEMONSTRATIVO DE CONTAS							
Nº DO MESCLOR 107614	TIPO DA FUNGÃO CAF	PERÍODO 01/01/2016	PERÍODO 31/03/2016	DATA 01/04/2016	PERÍODO 31/03/2016	CONSTATAS 10000	CONSUMO (R\$) 174,00

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು: ಧನ್ಯವಾದಗಳು.

SEB 15	178
MOO 15	138
AB 15	150
APR 16	102
VAH 16	212
ADP 16	225
WAP 15	220
GEV 15	131
JAN 15	58
UEZ 15	241
MOV 15	240
PLA 15	178
SEB 15	210

IMPORTAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DC CALCULATED	%	WATER DO measured
ICMS	72.01	25.00	1.46
PRB	12.01	0.25	0.50
COFINS	12.00	4.21	1.10

1997

Հանրային մեծածախ քնն	27,50	21,20
Ինքնակազմակերպ	7,92	1,80
Ընտանիքային (Couples)	16,30	29,10
Ընտանիքային ծախսեր	11,50	0,20
Ինքնակազմակերպ	32,31	20,70
Ընդամենը	178,85	100,00

TAMPAZ APLEÇÓDAS

TARIFAS APLICADAS		0.000.000
Consumo Al por hora (30 m/h)		2.700.000
Consumo Al por semana a 30 m/h		2.700.000
Consumo Al por mes a 30 m/h		2.700.000

REGISTRATION NO. 1,800

RESERVATION NO. 809
4666 0331 2E64 / 179 2021 MOD E64 / 214

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

Há 60 anos, em 1955, a
 primeira Assembleia Geral da OMS
 reuniu 54 países para discutir a
 criação de uma organização
 internacional para a saúde.
 Desde então, a OMS tem
 trabalhado para melhorar a
 saúde pública em todo o
 mundo.

DURACÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

FLIGHT SITE	WIND DIRECTION	WIND SPEED	WIND TYPE	WIND SPEED	WIND DIRECTION
010	0.00	1.14	1.20	1.20	
010	0.00	1.43	6.25	1.20	
010	0.00	3.63	0.00	0.00	

... **എഴുത്തുകാരന്** ...

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	potência	velocidade
720	20%	25%



Mãe Janete Maria de Souza Nunes S15: 703 4072 7657 3511

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA



ENTIDADE PRESTADORA DO ATEN

HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ

CÓDIGO

0012378

ENDEREÇO

RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO

LOCALIDADE

FLORESTA

ESTADO

PE

CEP

56400-000

NOME

Kaíke Alonso Nunes

PROFISSÃO

IDADE

23

DATA DE NASCIMENTO

15/06/93

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-81)

000000

ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO

LOCALIDADE

ESTADO

PE

CEP

56400-000

PACIENTE

SEGURADO 1 ☐ NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE

DEPENDENTE 2 ☐ NOME

IDADE

00

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

Rua Luvival Diniz Carvacho

LOCALIDADE

Floresta

ESTADO

PE

CEP

56400-000

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-81)

00000000

OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dias úteis)

NÚMERO

ÓRGÃO EMITENTE

DATA DO ATENDIMENTO

25/09/10

REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO

SIM 1 ☐ NÃO 2 ☐ Nº VEZES 00

HORA DO ATENDIMENTO

1055

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Tratamento de urgência

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Exame físico normal. Ausculta pulmonar normal. Sem sinais de infecção.

OBS: Anexar os resultados dos exames complementares realizados.

DIAGNÓSTICO

Pneumonia fúngica

CID

000000

PROCEDIMENTO

Observação

CÓDIGO

000000

NATUREZA DO ATENDIMENTO

☐ 1 CLÍNICO

☐ 2 CIRÚRGICO

☐ 3 OBSTÉTRICO

☐ 4 PEDIÁTRICO

☐ 5 PSIQUIÁTRICO

☐ 6 TISIO-PNEUMOLÓGICO

☐ 7 ODONTOLÓGICO

☐ 8 OUTRO

☐ 9 ACIDENTE EM VIAGEM

☐ 10 ACIDENTE DO TRABALHO

MEDICAÇÃO

☐ 1 PRESCRITA

☐ 2 APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ 1 PARA RESIDÊNCIA

☐ 2 PARA AMS

☐ 3 INTERNAÇÃO

☐ 4 ÓBITO

NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE

ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO

Assinatura do médico

CARIMBO CRM OU CRO

Carimbo do médico

ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE

Assinatura do paciente

INSTRUÇÕES

Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.

Assinalar com "X" as quadriculas precedidas de número, marcando a alternativa.

São responsáveis pela informação o médico ou odontólogo assistente e os diretores de entidade conveniada ou contratada.

A declaração falsa ou fraude sujeita os infratores às sanções dos arts. 171 e/ou 298 do código penal.

[illegible]

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

01011139930460

NOME ALMO

Bruna Namata

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7013407276573511

6 - SIS PRENATAL

7 - DATA REGULAÇÃO

8 - Nº DO PROPRIETÁRIO

35764

9 - NOME DO PACIENTE

Kaíque Alonso de Souza Nunes

10 - DATA DE NASCIMENTO

15/05/1993

11 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Janete Maria de Souza

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Cassial Diniz Carvalho 444 Santa Rosa

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Ploresta

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Trauma com fr. em Plató
tíbia

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fract. de Plató tíbia

22 - CID 10 PRINCIPAL

S82.1

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

fractura Plató tíbia

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS SOCIAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

01.08.05.055-1

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DO CUMENTO (CNS, CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Ebené A. Silva
CRM: 15.722
Ortopedi-Traumatologia
Hospital São Francisco

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/10/2016

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Hospital Francisco Anselmo
CNPJ: 41.095.563/0001-98

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO ☐

AUTORIZAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

40 - Nº DO DOCUMENTO (CNS, CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)

42 - DOCUMENTO

1 - CNS 2 - CPF

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA: m. h. a. a. a.

45 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

46 - DATA DA INTERNAÇÃO

27/08/16

Carla Barros

HOSPITAL FRANCISCO

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABR - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736/3831.2142 CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: c184@hotmail.com

CLÍNICA

Exame: Sus

no do Registro:

35764

Data: 27/09/16

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Karine Alamo
Idade: 03 Sexo: mas Cor: Branca Estado Civil: Solteira
Profissão: Agricultor Naturalidade: Nacionalidade:
Endereço:
Rua: Bonfim Ding Carvalha Nº 444 Bairro: Serra Talhada
Idade: Florista Estado: PE Fone:
Filiação:
Pai:
Mãe: JANEIRO MARIA DE SAUES

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Humano com

em estado Faltante

Hipótese Diagnóstica: Faltante de Estado Faltante

Exames Solicitados:

Condições de Alta

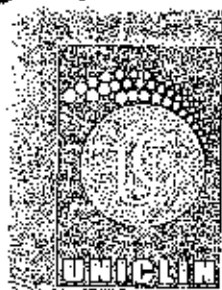
Motivo de Alta

ALTA CEA

30/09/16

Cirurgia Realizada: <i>Fixação de Placa no Ombro</i>		N.º do Procedimento: <i>1</i>	
Data: <i>21/04/16</i>	Início:	Término:	
Cirurgião: <i>Dr. [Assinatura]</i>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: <i>[Assinatura]</i>

Dr. [Assinatura]
Dr. [Assinatura]
Dr. [Assinatura] *Dr. [Assinatura]* *Dr. [Assinatura]*
[Assinatura]



Dr. George Alessandro Maranhão Conrado
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
Dr. Adauto José Mourato de Barros
ANGIOLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
Drª. Valda Lúcia Moreira Luna
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
Drª. Josildete Lorena V.
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
Dr. Zoabe J. Menezes
CARDIOLOGIA
Dr. Jaíllyvio Jaime Lima
CLÍNICA MÉDICA - ENDOCRINOLOGIA
Dr. Jandléverton P. Lima
CLÍNICA MÉDICA

Drª. Daniele Padilha Lapa
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA
Dr. João Cesar da Cunha
CLÍNICA MÉDICA - ENDOCRINOLOGIA
MÉDICA DO TRABALHO
Dr. Tadeu Menezes
ULTRASSONOGRAFIA
Drª. Johan Cristina Xavier
OFTALMOLOGIA
Dr. Paulo Jucá
RADIOLOGIA
Dr. Énio Kleber de Carvalho Ferreira
TRAUMATOLOGISTA E ORTOPEDIA
Labomed
LABORATÓRIO

Rua Joaquim Godoy, 388 - Centro - CEP: 56.912-450 - Serra Talhada-PE - Fones: (87) 3831-6694 / 3831-2415 / 3831-168

RELATORIO MEDICO



Informa o paciente Kaique Alonso de Souza Nunes, que no dia 25.09.2016, veio a sofrer acidente de trânsito (capotamento), vindo a ser acometida por politraumatismo generalizado por todo o corpo com perda dos sentidos.

Foi encaminhado ao hospital Coronel Álvaro Ferraz em Floresta-PE, onde após exames de imagem foi constatada fratura no platô tibial a direita. A vítima foi encaminhada ao hospital Francisco Anselmo em Serra Talhada-PE, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, com colocação de pino para fixação e estabilização da fratura no platô tibial a direita. A vítima refere fisioterapia em membro inferior direito.

Após sua alta médica definitiva em 01 de fevereiro de 2017, a mesma vem referindo como sequelas, dificuldade para flexão da perna direita, dificuldade para deambular, edema e dores finas no joelho direito, apresentando limitação intensa para realizar trabalhos na agricultura.

João Cesar da Cunha
Médico do Trabalho
CRM-40990

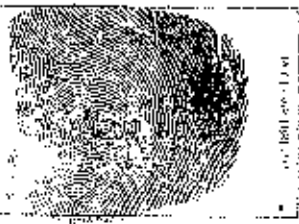
Serra talhada-PE, 22 de fevereiro de 2017

2 RELATORIA LIDER MORT & 7 22/03/2017 15:39 - 00001191601

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TATARES BLIME

12R-01




Kaique Alonso de Souza Nunes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.675.328 DATA DE EMISSÃO 04/02/2013

NOME << KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES >>

PRIMEIRO << >>

SEGUNDO << MARIA DE FÁTIMA GONÇALVES DOS SANTOS >>

NATURALIDADE FLORESTA - PE DATA DE NASCIMENTO 15/05/1993

DATA DE EMISSÃO << CN.14084 L.58 F.24V CART.FLORESTA-PE 24.05.1993 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-53 2.480 - 4331



SEGURODEGRA LÍBER OPORT - 7 - 28/12/16 16:02 - 000145274

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
113.999.304-60

Nome
KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Nascimento
15/05/1993

INSCRIÇÃO EM CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
5707.20E7.4A43.C706

A autenticidade deste comprovante deverá ser conferida na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
12:03:27 de dia 04/11/2011 (hora e data da Brasília)
título verificador: 00



Pisculia 29. Setembro.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170015184 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES **Data do acidente:** 25/09/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO DIREITO COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL CÔNDILO LATERAL.

Descrição do exame médico pericial: DORES AO DEAMBULAR + LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO DE 0° A 92° + MARCHA CLAUDICANTE + ATROFIA MUSCULATURA DO QUÁDRICEPS COXA DIREITA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A REDUÇÃO DA FRATURA DO CÔNDILO TIBIAL LATERAL E FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADO DE 7 MM COM ARRUELA, O MESMO REFERE FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ricardo de Araujo Leite

CRM do médico: 4507

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1216046/16
Vítima: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES Data do Acidente: 25/09/2016
CPF: 113.999.304-60 CPF do: Próprio Titular do CPF: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES : 113.999.304-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 29/12/2016
Nome: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES
CPF/CNPJ: 113.999.304-60

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/12/2016
Nome: ADRIANA DA COSTA SUNDIN
CPF: 807.663.587-04

KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

ADRIANA DA COSTA SUNDIN

REMETENTE / Sender

KAIQUE ALONSO DE SOUZA LUNES

TELEFONE / Phone number

87 99658355

ENDEREÇO / Address

Rua Laurival de Ritz Carvalho, n: 444, Santa
rosa

CEP / Zip

56400000

CIDADE / City

Floresta

UF / State

Pe

PAÍS / Country

Brasil



765000717

RECICLAR MATERIAS / PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

To recycle materials is to preserve the environment.



DEVOLUÇÃO / Return

(CN15)

- ☐ Mudou-se (Moved) ☐ Falecido (deceased)
☐ Recusado (refused) ☐ Endereço insuficiente (Insufficient Address)
☐ Desconhecido (unknown) ☐ Não existe o número indicado (Non-existing number)
☐ Não procurado (unretrieved) ☐ Outros (other)
☐ Ausente (absent)

Tentativas de entrega (Delivery attempts)

1° / / às / 2° / / às / 3° / / às /

- ☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided by the doorman or the condo manager)
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reintegrated to postal service)

Data:

Date

Assinatura:

Signature

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1216046/16

Vítima: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

CPF: 113.999.304-60

Data do Acidente: 25/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 23/03/2017

Nome: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

CPF: 113.999.304-60

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 23/03/2017

Nome: Isabel Cristina dos Santos Figueiredo

CPF: 015.685.637-95

KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Isabel Cristina dos Santos Figueiredo

Demis

SINISTRO 3170015184 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA

LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

BENEFICIÁRIO KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

CPF/CNPJ: 11399930460

Posição em 10-01-2017 18:40:28

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.



Documentação médico-hospitalar

Vítima

Não Conforme

SINISTRO: 3170015184 DPVAT 6 7 22/03/2017 18:39 - 000000191405

DE:

KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Rua Luvival Diniz Carvalho, 444, Santa Rosa.

Cep: 56400-000, Floresta - PE, Brasil

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10304774

A/C: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170015184 ASL-1216046/16
Vitima: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES
Data Acidente: 25/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10309945

A/C: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170015184 ASL-1216046/16
Vitima: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES
Data Acidente: 25/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2017

Carta nº: 10736215

A/C: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Sinistro: 3170015184 ASL-1216046/16
Vítima: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES
Data Acidente: 25/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

