



Número: **0000378-41.2019.8.17.2620**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Floresta**

Última distribuição : **25/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES (REQUERENTE)	ANALIDYA DE CABRAL SOBREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REQUERIDO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68893 036	01/10/2020 14:20	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10799499

A/C: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Sinistro: 3170015184 ASL-1216046/16
Vitima: 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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEU AUTOR

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

POR TADOR(A) DO RG N° 9675328 EXPEDIDO POR EM 09/02/13 E
CPF 11393930460 (CNPJ) 00000000000000000000, PROFISSÃO Agente de
E RENDA MENSAL DE R\$ 820,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA KAIQUE ALFONSO DE SOUZA JUNIOR, 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 reprodução 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 colorido, 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) N.º da **BANCO** N.º da **AGÊNCIA** (com dígito, se existir) N.º 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 AGENCIA (separar dígitos) 1621-8 Nº da CONTA (separar dígitos) 5101-0

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

Kaagw. Alexander S. 1902. 1903.

→ **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\$33.500,00 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 caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização acesse www.dpvatseguroredetransito.com.br ou entre para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CORPDECOI SIEBDB - Sistema de Informações Banco do Brasil Pág.1031
 114333331 Extrato de Conta de Poupança 10:23:12 15/12/2016
 ***** EXTRATO PARA O PERÍODO DE: 01/12/2016 A 31/12/2016 *****
 Ag.: 1061-8 FLORESTA-PE - PE Recuperação: 510-022.176-6 Abertura: 13/12/2016
 NOME: ALONSO ROCHA JUNIOR CPF: 113.959.304-60
 MENSAL PESQUISATIVA TENDENCIAIS NÃO LIGADA NÃO REM
 EX-LCIO DT. VTO BLOQUEADO DOCUMENTO VALOR
 SALDO INICIAL 0,00
 13/12/2016 13/12/2016 502 DFT. DTFBEM 16080 50,00 C
 Saldo 50,00 C
 Valor Bloqueado 0,00
 Valor Disponível 50,00 C
 RESUMO POR DATA BASE SALDO CONFERENCIA DO SALDO DE QUEDOU
 12 50,00 0,00 0,00

SEAFM000110010001 - 2 - 28/12/16 16:00 - 00014525



**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

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 CONDILÓ LATERAL
DORES AO DEAMBULAR + LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO DE 0° A 92° + MARCHA CLAUDICANTE + ATROFIA MUSCULATURA 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?

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?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SÓMENTE 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 CONDILÓ 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 suscetível à qualquer medida terapêutica)?

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 MUSCULATURA 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" "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

"Exame não permite conclusão" *Vide motivo do impedimento no campo das observações*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Direito

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

% 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 Araujo Leite
CRM 4507 - CPF 135.281.573-72



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/10/2020 14:20:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100114200554800000067563132>

Num. 68893036 - Pág. 4

Número do documento: 20100114200554800000067563132



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 N.º **16E0267004033**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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: **SE**
ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **POSTO 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) Sra.: KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

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: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

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

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

Ano Fabricação/Modelo: 2008/NAO INFORMADO Combustível: ALCO/GASOL

DESCRIÇÃO: VEÍCULO MATRICULADO EM NOME DE: APRESTIDES 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(n) nesta unidade policial — — —

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

Implementation



SEJOUR LINER DÉJÀU - 7 - 28/12/16 16:02 - 000145268





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Portador da carteira de
identidade nº 3675.328 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.999.304-60,
residir e domiciliar na Rua Laurinal Díaz Carvalho, 444, Santa Rosa,
Floripa, Estado SC, declaro, sob as penas da lei, que
não impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
a depreciação do Seguro DPVAT (Lei nº 6.294/74), fíma vez que:

- (X) 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 lesão permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaratoria 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, estou 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.

Kara Silon de Seguinus

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

2012/16 16:01 - 000145269

Cima tallada fe, 16 de dezembro de 2016

cal3 data





PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORESTA

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATÓRIO										DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO														
ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ										IDEX-0001 28/12/16 16:02 - 0000100269														
CÓDIGO 0012378		ENDERECO RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO								CID														
LOCALIDADE FLORESTA		ESTADO PE		CEP 56400-000		DIAGNÓSTICO Flu e febre + impasse					CONFIDENCIAL													
NOME Karla Alonso Nunes		SEGURADO								PROCEDIMENTO Alvaro					CÓDIGO									
PROFISSÃO ESTR		IDADE 23		DATA DE NASCIMENTO 15/05/83		CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)		NATUREZA DO ATENDIMENTO					ACIDENTE EM GERAL											
ENDERECO DO LOCAL DE TRABALHO										<input type="checkbox"/> 1 CLÍNICO					<input type="checkbox"/> 5 PSQUIATRICO									
LOCALIDADE		ESTADO PE		CEP		<input type="checkbox"/> 2 CIRÚRGICO					<input type="checkbox"/> 6 TISIOPNEUMOLÓGICO													
SEGURADO 1 <input type="checkbox"/> NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE		PACIENTE								<input type="checkbox"/> 3 OBSTÉTRICO					<input type="checkbox"/> 7 ODONTOLÓGICO									
DEPENDENTE 2 <input type="checkbox"/> NOME										<input type="checkbox"/> 4 PEDIÁTRICO					<input type="checkbox"/> 8 OUTRO									
IDADE 00		ENDERECO DA RESIDÊNCIA Rua Lourival Dinoz Carvalho								MEDICAÇÃO					ACIDENTE DO TRABALHO									
LOCALIDADE Floresta		ESTADO PE		CEP 56400-000		<input type="checkbox"/> 1 PRESCRITA					<input type="checkbox"/> 1 PARA RESIDÊNCIA					<input type="checkbox"/> 3 INTERNAÇÃO								
CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)		OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)								<input type="checkbox"/> 2 APLICADA					<input type="checkbox"/> 2 PARA AMS					<input type="checkbox"/> 4 ÓBITO				
NÚMERO		ÓRGÃO EMITENTE								ENCAMINHAMENTO					NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE									
DATA DO ATENDIMENTO 05/09/16		REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO SIM 1		NÃO 2		Nº VEZES 00		ASSINATURA DO MÉDICO OU DELEGADO					CARIMBO CRM OU CRO Flávio											
MOTIVO DO ATENDIMENTO => mal de cabeça										ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE														
INSTRUÇÕES																								
Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.																								
Assinale com "X" as quadrinhas precedidas de número, marcando a alternativa																								
Só é responsável pela informação o médico ou odontólogo assistente e os diretores da entidade conveniente ou contratado.																								
A declaração falsa ou/ou fraude sujeita os infratores às sanções do art. 171 e/ou 295 do código penal.																								

INPROVANTE ATO DECLARATÓRIO



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/10/2020 14:20:05
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100114200554800000067563132>
Número do documento: 20100114200554800000067563132

Num. 68893036 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES,

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

CPF nº 113.999.304-60, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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 Lourival 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>(87)3831-5955/99912 8236</u>
E-mail	<u>alexanderedgarsonter@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Rui Palmeira - PE, 16 de dezembro de 2016

Assinatura do Declarante: Kaique Alonso de Souza Nunes

SEGURANÇA LIDER DATA - 7 - 26/12/16 15:01 - 000145265





DADOS DE CUENTA

União Social dos Engenheiros Elétricos: Criada pelo Lei 10.638, de 26/01/2003

NOTA FISCAL 1. FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rio Vermelho, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
www.peco.com.br | 0800-1031100 | 81-3120-0000

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

DADOS DO CUENTE
KUTIA DE SUZAN JUNES

CPE (47.377 504-06 NIS 18455.203037)

STANOSA/FLORESGA

CLASSE/FICAÇÃO
AT RESIDENCIAL
BAIXA/PRÉ-ALTA COMPLEXO
MORADURAS

CONTA CONTRATO: 2043124016 | MÊS/ANO: 09/2016
 DATA DE VENCIMENTO: 16/09/2016 | DATA TÉRMINO PRAZO PAGTO: 10/10/2016
 TOTAL F. PAGADA (R\$): 88,46

卷之三

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
INTERUPÇÃO	VOLUME	UNIDADE	INTER.	OPERAÇÃO
INTERUP. 1	0,00	UN. MENSAL	1,00	1,00
INT. 2	0,00	UN. MENSAL	1,00	1,00
INT. 3	0,00	UN. MENSAL	1,00	1,00
INT. 4	0,00	UN. MENSAL	1,00	1,00

TENSÃO MATERIAL (V)	LIMITE DE VIGOROSA DEFORMAÇÃO
720	40000

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/10/2020 14:20:05
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010011420055480000067563132>
Número do documento: 2010011420055480000067563132

Núm. 68893036 - Pág. 12



PREFEITURA MUNICIPAL DE
FLORESTA

17761000 - 39:91.61.21/23 - 1 - 11/10/2017 14:09:35



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/10/2020 14:20:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010011420055480000067563132>
Número do documento: 2010011420055480000067563132

Num. 68893036 - Pág. 13

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
7 - CNES
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente
NÚMERO DO DOCUMENTO
CPF 4113919310460
3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
70134072176151735111
9 - NOME DO PACIENTE
Kaique Alonso de Souza Nunes
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Vanete Maria de Souza
14 - ENDEREÇO (RUAS/BAIRROS)
Av. Icarai Dantas, Condomínio 444 Santa Rose
Floresta
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
COS (BRAZ MUNICÍPIO)
17 - UF (BRAZ ILHOS/CP)
PE
18 - CÓDIGO DE CONTAZO

4 - NOME ATENDIDO
Bruna Kourata
5 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO
35764
6 - NÍS PRENATAL
7 - NENHUMA
10 - DATA DE NASCIMENTO
15/05/1993
11 - SEXO
Masculino
12 - TELEFONE DE CONTATO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO
Trauma com fract. em Plata
tibial

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fract. de Plata tibial
22 - CID-10 PRINCIPAL
582.1

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

Fractura Plata tibial

24 - CID-10 SECUNDÁRICO
25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
0.97

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE
Dr. Ebenone A. S. CRD 122
Ortopedista / Traumatologista
Hospital São Francisco

27 - CID-10 PROcedimento
04.08.03.655-1
28 - CLÍNICA
29 - CARTEP DA INTERNAÇÃO
30 - DOCUMENTO
31 - N.º DO DOCUMENTO CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
32 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)
Hospital Francisco Anselmo
CNPJ: 41.095.563/0001-98
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
10/10/2016
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
1 EMPREGADO 2 EMPREGADOR 3 AUTÔNOMO 4 DESEMPREGADO 5 APOSENTADO 6 NÃO SEGUROAD

39 - N.º DO BANDEIRA
40 - CÓD. CRAMM-FRAN
41 - N.º DO CRAMM-FRAN
42 - N.º DO CRAMM-FRAN
43 - N.º DO CRAMM-FRAN
44 - N.º DO CRAMM-FRAN
45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (NºH)

46 - DOCUMENTO
1 CNS 2 CPF
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

48 - N.º DO DOCUMENTO CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
51 - MÓTIVO DA ALTA: m t - a - a - o
52 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgente
53 - DATA DA INTERNAÇÃO: 27/09/16

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - ABB Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736/3831.2142 CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: c384@hotmail.com

HOSPITAL
FRANCISCO

Nº do Registro: 35764

CLÍNICA

*Exame: S...
Data: 27/09/16*

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Karina Almeida Idade: 03 Sexo: mas Cor: Branca Estado Civil: Solteira

Profissão: Agricultor Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Endereço: Rua: Boniva D... Cacuia nº 444 Bairro: Parque Res...
Idade: Florista Estado: PE Fone: _____

Filiação:

Pai: _____

Mãe: Janeira maria de Souza

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Histam conto

an. Bluto fulve.

Hipótese Diagnóstica: frt. de Bluto fulve.

Exames Solicitados: A1

Condições de Alta

Motivo de Alta

30/09/16

ALTA EM

Num. 68893036 - Pág. 16

Cirurgia Realizada:		N.º do Procedimento:
F+g. 1º Plataforma		
Data:	10/04/2020	Inicio:

Cirurgião:	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista:
Guilherme			

04/04/2020

08:00 h.

05 min. para a cirurgia de reimplante.

05 min.

SEGUROGRAF LIDER DENT - 7 - 2041216 16:02 - 0014523





Dr. George Alessandro Maranhão Conrado
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
Dr. Adauto José Moura de Barros
ANGIOLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
Dr. Valda Lúcia Moreira Luna
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
Dr. Josilide Lorena V.
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
Dr. Joaé B. Menezes
CARDIOLOGIA
Dr. Jair Flávio Baimbe Lima
CLÍNICA MÉDICA - ENDOCRINOLOGIA
Dr. Jandálio Veríssimo P. Lima
CLÍNICA MÉDICA

Dra. Daniele Padilita Lapa
PEDIATRICA - NEONATOLOGIA
Dr. João Cesar da Cunha
CLÍNICA MÉDICA - ENDOCRINOLOGIA
MEDICINA DO TRABALHO
Dr. Taídeu Menezes
ULTRASSONOGRAFIA
Dra. Jéhlan Cristina Xavier
OFTALMOLOGIA
Dr. Paulo Jucá
RADIODONTO
Dr. Enio Kieber de Carvalho Ferreira
TRAIIMATOLOGISTA E ORTOPEDISTA
Labomed
LABORATÓRIO

Rua Joaquim Godoy, 388 - Centro - CEP: 56.912-450 - Serra Talhada-PE - Fones: (87) 3831-6694 / 3831-2415 / 3831-1669

RELATORIO MEDICO

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

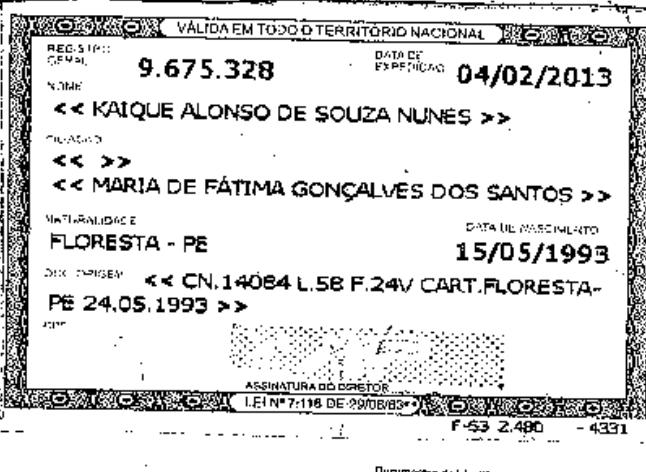
Foi encaminhado ao hospital Coronel Álvaro Ferraz em Floresta-PE, onde após exames de imagem foi constatada fratura no platô tibial a direita. A vítima foi encaminhada ao hospital Francisco Anselmo em Serra Talhada-PE, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, com colocação de pino para fixação e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

Serra talhada-PE, 22 de fevereiro de 2017





SEGURANÇA LIBER SPINT - 7 - 28/12/2016 14:07 - 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

CÓDIGO DE CONTROLE

5707.20E7.6A43.0706

O autenticidade desse 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 - 06/11/2011 (hora e data da impressão)
digito verificador: 09

Este comprovante é válido para fins de identificação só

Brasília 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 DORES AO DEAMBULAR + LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO DE 0° A 92° + MARCHA CLAUDICANTE +
médico pericial: 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
CPF: 113.999.304-60

CPF do: Próprio

Data do Acidente: 25/09/2016
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
Outras

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.dpvtseguro.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		TELEFONE / Phone number	
KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES		87 99658355	
ENDERECO / Address			
Av. Lourival Almeida Carvalho, n.º 444, Santa Nora			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
56400000	Floripa	Pr	Brasil
 765000717		<small>REGRESAR MATERIAL PRESERVAR O MEIO AMBIENTE</small>	
DEVOLUÇÃO / Return (CN15)			
<input type="checkbox"/> Mudou-se (Moved) <input type="checkbox"/> Falecido (Deceased) <input type="checkbox"/> Recusado (Refused) <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente (Inadequate address) <input type="checkbox"/> Desconhecido (Unknown) <input type="checkbox"/> Não existe o número indicado (Non-existing number) <input type="checkbox"/> Não procurado (Untraced) <input type="checkbox"/> Outros (Others) <input type="checkbox"/> Ausente (Absent)			
Tentativas de entrega (Delivery attempts)			
1 ^ª / / 2 ^ª / / 3 ^ª / / 4 ^ª / / 5 ^ª / / <input type="checkbox"/> Informação prestada pelo portador ou síntese (Information provided by the carrier or the general manager) <input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em (Retinted to postal service)			
Data: / / Assinatura: Date: Signature:			



PROTÓCOLO 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 médica-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.dpyatseguro.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



Dawn

SINISTRO 3170015184 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES
CORTEIRIA: Invalidez**

COBERTURA INVISÍVEL SEGURADORA RESENHA

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA
LIDER DRYVAT - REGULAÇÃO**

LIDER UPVAT - REGULAÇÃO
BENEFICIÁRIO KAICHE ALG

BENEFICIARIO RAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES
CRÉDITO: 11300000126

CPF/CNPJ: 11399930480

Posição em 10-01-2017 18:40:28

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

Documentação médica-hospitalar

Digitized by srujanika@gmail.com on 22/03/2017 11:39 - 000000191405



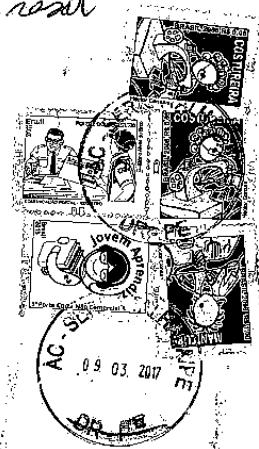
DE:

KAIQUE ALONSO DE SOUZA MUNES
Rua Lacerdá Diniz Carvalho, 444, Santa Rosa
cep: 56400-000, Floraia - PR, Brasil



Para:

Segurança Pública - Documentos complementares
Rue Sendas das Santas, 74, 15º Andar - Centro
CEP: 20031-203, Rio de Janeiro - RJ, 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER 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

Pag. 01967/01968 - carta_03

00050984


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 LÍDER 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

