



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
68893036	01/10/2020 14:20	ANEXO 1	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

Pag. 01099/01100 - carta_15R





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 NUNESPORTADOR(A) DO RG Nº 9675328

EXPEDIDO POR _____

EM 09/02/19 ECPF 113999304-60 /CNPJ _____PROFISSÃO Aquicultor

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

(*) A Circular Suspep 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 aparecerem 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 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 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 Tellez R. de 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.



CERPCIO1 SISEB - Sistema de Informacoes Banco do Brasil Pag: 001
 11431334 Extrato de Conta de Poupanca 10:23:12 15/12/2016

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

Ag: 1067-8 FLORESTA-PE - PE Poupanca: 510-015.176-6 Abertura: 11/12/2016
 KATIQUE ALONSO ROCHA RONES CPF: 113.944.304-60

ESPECIE	DT. MOVTO	DEBITO	CREDITO	VALOR
SALDO INICIAL				0,00
13/12/2016 13/12/2016		50,00	16080	50,00
Saldo				50,00
Valor Bloqueado				0,00
Valor Disponível				50,00
DEBITO POR DATA BASE		50,00	0,00	0,00

SECAH0088 LIDER DEPART - 7 - 28/12/16 16:02 - 000145275



**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 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?
(☒) 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 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)?
(☒) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anômicas 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>
() "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- 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
(<input checked="" type="checkbox"/>) 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 - assinalar 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ricardo de Araújo Leite
CRM 8547 - 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
DINTER2/21ª DESEC

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: **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) Sr(a): **KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES**



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
177ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL
SERRA TALHADA
28/12/2016 16:01 - 00014522

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: **AUTOMOVEL/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 VEICULO 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 VEICULO APÓS "COCHILAR" NO VOLANTE, VINDO A CAPOTAR COM O AUTOMOVEL, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL EM FLORESTA, E POSTERIORMENTE A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRURGICO 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 — — — — —

Alexandre Bittencourt Santos

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



Impressão

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
SERRA TALHADA - PE - 55010-000
28/12/16 16:02 - 000145268





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, KAIQUE ALONSO DE SOUZA MUNES, portador da carteira de identidade nº 9675328, e inscrito no CPF/ME sob o nº 11399930460, residente e domiciliado na Rua Laurival Dimiz Carvalho, 444, Santa Rosa, Estado Flaústa, 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 a 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 Munes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Tereza - PE, 16 de dezembro de 2016

Local e data





CÓDIGO		00012378	
LOCALIDADE		FLORESTA	
ESTADO		PE	
CEP		56400-000	
NOME		Kauê Alonso Nunes	
PROFISSÃO			
IDADE		23	
DATA DE NASCIMENTO		25/05/98	
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO			
LOCALIDADE		FLORESTA	
ESTADO		PE	
CEP		56400-000	
SEGURADO 1		PACIENTE	
DEPENDENTE 2		NOME	
IDADE		23	
ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		Rua Comendador Diniz Carneiro	
LOCALIDADE		FLORESTA	
ESTADO		PE	
CEP		56400-000	
CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-SI)		NÚMERO	
ÓRGÃO EMISSOR			
DATA DO ATENDIMENTO		25/09/16	
REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Nº VEZES <input type="checkbox"/>	
HORA DO ATENDIMENTO		10:55	
MOTIVO DO ATENDIMENTO		Paciente de acompanhamento	

UPROVANTE ATO DECLARATÓRIO

ATENDIMENTO MEDICO AMBULAT



ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

IDENTIFICATÓRIA: 28/12/16-16:02-000145349

CITY: Anotar os resultados dos exames complementares realizados.

DIAGNÓSTICO

Transtorno de ansiedade

PROCEDIMENTO

Atendimento

NATUREZA DO ATENDIMENTO

☐ 1 CLÍNICO

☐ 2 CIRÚRGICO

☐ 3 OBSTÉTRICO

☐ 4 PEDIÁTRICO

☐ 5 PSIQUIÁTRICO

☐ 6 TISIO-PNEUMOLÓGICO

☐ 7 ODONTOLÓGICO

☐ 8 OUTRO

MEDICAÇÃO

☐ 1 PRESCRITA

☐ 2 APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ 1 PARA RESIDÊNCIA

☐ 2 PARA AAMS

☐ 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

INSTRUÇÕES

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

Assinar com "X" as quadrículas precedidas de número, marcando a alternativa

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

A declaração falsa ou fraudulenta sujeita os infratores às sanções das arts. 171 e 172 do código penal



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 Cavellho</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>alexandredgoubertes@gmail.com</u>

SEI/PE/2019 LIDER DEPUT - 7 - 29/12/16 16:01 - 000145265

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Kaique Alonso de Souza Nunes





CÓDIGO		ENDEREÇO	
00012378		RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO	
LOCALIDADE		ESTADO	CEP
FLORESTA		PE	56400-000
NOME			
Karke Alvaro Nunes			
PROFISSÃO	IDADE	DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)
	23	15/06/93	
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO			
LOCALIDADE			
ESTADO			
CEP			
PACIENTE			
SEGURADO 1 <input type="checkbox"/> NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE			
DEPENDENTE 2 <input type="checkbox"/> NOME			
IDADE	ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		
	Rua Lacerda Diniz Carvacho		
LOCALIDADE	ESTADO	CEP	
Floresta	PE	56404-000	
CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)		OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)	
NÚMERO		ÓRGÃO EMITENTE	
DATA DO ATENDIMENTO	REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO		HORA DO ATENDIMENTO
25/09/20	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Nº VEZES		1055
MOTIVO DO ATENDIMENTO			
Atendimento Ambulatorial			

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO	
Exame físico e laboratorial completo	
OBS: Anexar os resultados dos exames complementares realizados.	
DIAGNÓSTICO	CID
Tuberculose pulmonar	
PROCEDIMENTO	CÓDIGO
Outro	
NATUREZA DO ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> 1 CLÍNICO	<input type="checkbox"/> 5 PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> 2 CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> 6 TISIO-PNEUMOLÓGICO
<input type="checkbox"/> 3 OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 7 ODONTOLÓGICO
<input type="checkbox"/> 4 PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 8 OUTRO
ENCAMINHAMENTO	
<input type="checkbox"/> 1 PRESCRITA	<input type="checkbox"/> 2 PARA RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> 2 APLICADA	<input type="checkbox"/> 3 INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> 4 ÓBITO	
NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE	
HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ	
ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO	CARIMBO CRM OU CRO
ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE	
Karke de Souza Nunes	
INSTRUÇÕES	
Preencher legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.	
Assinhe com "X" as alternativas previstas 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 entra em fraude sujeita os infratores às sanções dos arts. 171 e 172 do código penal.	

SEGUROADORA LIDER DE FORT - 000145270





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.
2 - CNES
2517124
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.
4 - CNES
2517124

Identificação do Paciente

5 - NÚMERO DO DOCUMENTO
CP 1111319193104610
6 - NÚMERO DO DOCUMENTO
301314072765173511
7 - NOME DO PACIENTE
Kaïque Alonzo de Souza Nunes
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Janete Maria de Souza
9 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
Rua Lacerdual Diniz Cavalcanti 444 Santa Rosa
10 - DATA DE NASCIMENTO
15/05/1993
11 - SEXO
MASC
12 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
13 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
14 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
15 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
16 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
17 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
18 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
19 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
20 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
21 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
22 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
23 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
24 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
25 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
26 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
27 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
28 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
29 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
30 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
31 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
32 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
33 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
34 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
35 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
36 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
37 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
38 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
39 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
40 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
41 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
42 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
43 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
44 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
45 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
46 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
47 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
48 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
49 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
50 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
51 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
52 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
53 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
54 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
55 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
56 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
57 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
58 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
59 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
60 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
61 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
62 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
63 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
64 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
65 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
66 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
67 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
68 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
69 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
70 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
71 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
72 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
73 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
74 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
75 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
76 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
77 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
78 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
79 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
80 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
81 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
82 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
83 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
84 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
85 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
86 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
87 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
88 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
89 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
90 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
91 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
92 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
93 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
94 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
95 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
96 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
97 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
98 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
99 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764
100 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
35764

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO
Trauma com fratura em Platô tibial
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Rx
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de Platô tibial
22 - CID 10 PRINCIPAL
S82.1
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
fratura Platô tibial
24 - CID 10 SECUNDÁRIO
S82.1
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S82.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
01.08.03.055-1
27 - CLÍNICA
Dr. Ebenete A. Silva
28 - CAPACIDADE DE INTERNAÇÃO
Ortopedia Traumatologia
29 - DOCUMENTO
Hospital S50 Francisco
30 - NÚMERO DO CONSENTIMENTO
NO 11012016
31 - NÚMERO DO CONSENTIMENTO
NO 11012016
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
CNPJ: 41.095.563/0001-98
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR MÉDICO
Hospital Francisco Anselmo
35 - DATA DA SOLICITAÇÃO
CNPJ: 41.095.563/0001-98

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
38 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
39 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA
40 - EMPREGADO
41 - EMPREGADOR
42 - AUTÔNOMO
43 - DESEMPREGADO
44 - APOSENTADO
45 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO
47 - NÚMERO DO DOCUMENTO
48 - NÚMERO DO DOCUMENTO
49 - NÚMERO DO DOCUMENTO
50 - ASSINATURA E CARIMBO (NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO)
51 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AUI)
52 - MOTIVO DA ALTA
53 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
54 - DATA DA INTERNAÇÃO

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**HOSPITAL FRANCISCO**

Número do Registro:

35764

Data:

27/09/16

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Kacque Alomo

Idade:

03

Sexo:

mas

Cor:

Branca

Estado Civil:

Solteiro

Profissão:

Agricultor

Naturalidade:

Nacionalidade:

Endereço:

Rua:

Bonfim Ding Caralho

Nº 444

Bairro:

Santa Rosa

Idade:

Florista

Estado:

PE

Fone:

Filiação:

Pai:

Mãe:

JANEIRO MARIA DE SAUES

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Kacque Alomo

com Elato Fúbre

Hipótese Diagnóstica

fúbre de Elato Fúbre

Exames Solicitados:

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM

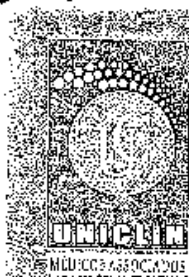
30/09/16

Cirurgia Realizada: <i>Fixação de Placa e Parafusos</i>		N.º do Procedimento: <i>1</i>	
Data: <i>20/04/20</i>	Início:	Término:	
Cirurgião: <i>Shine</i>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: <i>Shine</i>

04/04/20
Op. de abd.
0. Remoção de placa e parafusos
de fixação

SENAKRODPA LIDER DEPART - 2 - 28/12/16 16:02 - 000145273





Dr. George Alessandro Maranhão Conrado
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Dr. Adauto José Mourato de Barros

ANGIOLOGIA - CIRURGIA VASCULAR

Dra. Valda Lúcia Moreira Luna

GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Dr. Josildete Lorena V.

GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Dr. Joabe J. Menezes

CARDIOLOGIA

Dr. Jaílvaro Jaime Lima

CLÍNICA MÉDICA - ENDOCRINOLOGIA

Dr. Jandléverton P. Lima

CLÍNICA MÉDICA

Dra. Daniele Padilha Lapa

PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

Dr. João Cesar da Cunha

CLÍNICA MÉDICA - ENDOSCOPIOLOGIA

MEDICINA DO TRABALHO

Dr. Taídeu Menezes

ULTRASSONOGRAFIA

Dra. Johan Cristina Xavier

OPHTALMOLOGIA

Dr. Paulo Jucá

RADIOLOGIA

Dr. Énio Kießer 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

MEDICINA DO TRABALHO

CRM-10990

Serra Talhada-PE, 22 de fevereiro de 2017

RECEBIDA EM 21 DE FEVEREIRO DE 2017 ÀS 15:39 - 00000091604



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAXAS BRL		REGISTRO GERAL 9.675.328	DATA DE EMISSÃO 04/02/2013
12R-01		NOME KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES >>	
FOTO		FILIAÇÃO >>>> >> MARIA DE FÁTIMA GONÇALVES DOS SANTOS >>	
ASSINATURA DO TITULAR		NATURALIDADE FLORESTA - PE	
		DATA DE NASCIMENTO 15/05/1993	
		OBS. OBSERVAÇÃO >> CN.14084 L.58 F.24V CART.FLORESTA-PE 24.05.1993 >>	
CARTeira DE IDENTIDADE		ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 20/08/83	
		F-53 2.480 - 4331	



SEQUESTRADA LIBERAR - 7 - 28/12/16 16:02 - 000145274

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
113.999.304-00

Nome
KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

Nascimento
15/05/1993

CÓDIGO DE CONTROLE
5707.20E7.6A43.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 da data 09/11/2011 (hora e data da Brasília)
folha validador: 09



Viçosa 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 de 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 de: 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		TELEFONE / Phone number	
KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES		87 99658359	
ENDERECO / Address			
Rue Lounival d'orig Cavallo, n: 444, Santa Rosa			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
56400000	Florista	Pe	Brasil
 765000717			

DEVOLUÇÃO / Return (CW15)	
<input type="checkbox"/> Mudou-se (moved)	<input type="checkbox"/> Falte de pagamento (payment)
<input type="checkbox"/> Recusado (refused)	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente (insufficient address)
<input type="checkbox"/> Desconhecido (unknown)	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado (no existing number)
<input type="checkbox"/> Não procurado (unserved)	<input type="checkbox"/> Outros (other)
<input type="checkbox"/> Ausente (absent)	
Tentativas de entrega (delivery attempts)	
1ª / 1st / 2ª / 2nd / 3ª / 3rd / 4ª / 4th	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (information provided by the doorman or the condo manager)	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em (reintegrated to postal service in)	
Data: / /	Assinatura: _____
Date: / /	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.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



Demis

SINISTRO 3170015184 - Resultado de consulta por beneficiário

VITIMA KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES

CPF/CNPJ: 11399930480

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 Vitima Não Conforme

SEMPRE: LIDER DPVAT & 7 22/03/2017 15:39 - 000000191405



DE:
KAIQUE ALONSO DE SOUZA NUNES
Rua Luvival Diniz Cervalho, 444, Santa Rosa
Cep: 56400-000, Floresta-RN, Brasil



Para:
Seguradora Lida Privat - Documentações complementares
Rua Senador Dantas, 74, 15º Andar - Centro
Cp: 20031-205, 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 início 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

Pag. 00045/00046 - carta_01





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

Vítima: 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 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

Pag. 01967/01968 - carta_03



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

Pag. 00663/00664 - carta_02

