
Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149331

Vítima: JOSE VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 14/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE VIEIRA DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149331

Vítima: JOSE VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 14/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE VIEIRA DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE VIEIRA DA COSTA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000044426-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

170688354-49

JOSÉ VIEIRA DA COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

JOSÉ VIEIRA DA COSTA

170688354-49

aposentado

AV. SEVERINO PACHECO

516

CASA

centro

Limoeiro

PE

55.700-000

081-996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR: ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 444260 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Limoeiro (PE) 16-04-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **20E0205000715**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/03/2020** às **07:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **14/1/2020** às **17:15**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, PRÓXIMO AO CAMPO DO CENTRO -**
Bairro: **PIRAUIRA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE (OUTRO)
JOSÉ VIEIRA DA COSTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VIEIRA DA COSTA**

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

JOSÉ VIEIRA DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE
Pai: **SEVERINO FRANCISCO DA COSTA** Data de Nascimento: **5/4/1957** Naturalidade: **PILAR / PARAIBA /**
BRASIL Documentos: **1340741/SSP/PE (RG), 17068835449 (CPF), 02381122608 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares:
- 996686080

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 516, AV. SEVERINO PINHEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro:**
CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone
de Contato: -

EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

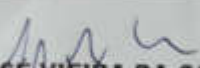
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE**, que estava em posse
do(a) Sr(a): **JOSÉ VIEIRA DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDR3362** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1071333590** Chassi: **9C2NC4910FR106644**
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

SEGUNDO O SR. JOSÉ VIEIRA, NO DIA, LOCAL E HORA CITADOS, ESTA SEGUINDO COM SUA MOTOCICLETA SENTIDO PIRAUIRA - CONGAL, QUANDO DERREPENTE AVISTOU UMA OUTRO MOTOCICLETA BEM NA SUA FRENTE, QUE FREIOU E TENTOU DESVIAR, VINDO A DERRAPAR E CAIR POR CIMA DO BRAÇO, QUE FOI AO HOSPITAL ONDE CONSTATOU A FRATURA DO OMBRO DIREITO, FOI COLOCADO UMA TIPÓIA E EM SEGUIDA LIBERO, VINDO NO DIA DE HOJE REGISTRAR O FATO, NADA MAIS HAVENDO ENCERRO ESTE BO.

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


JOSÉ VIEIRA DA COSTA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **NIVIA MARIA BARBOSA COELHO** - Matrícula: **350886-2**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

170688354-49

JOSÉ VIEIRA DA COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

JOSÉ VIEIRA DA COSTA

170688354-49

aposentado

AV. SEVERINO PINHEIRO

516

CASA

centro

LAJOÃO

PE

55.700-000

081-996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR: ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 444260

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: LAJOÃO (PE) 16-04-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE VIEIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000044426-0

Nr. da Autenticação FAE29963E6591AD6



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

Especialidades Médicas

Angiologia / Cirurgia Vascular

Clínica Geral

Cardiologia

Dermatologia / Cosmética

Endocrinologia

Fonaudiologia

Gastroenterologia

Ginecologia

Ginecologia / Perinatologia

Ginecologia / Obstetrícia

Mastologia

Neurologia

Otorrinolaringologia

Ortopedia / Traumatologista

Pediatria

Pneumologia

Psicologia

Reumatologia

Urologia

RECEITUÁRIO

Paciente:

José Vinícius de Costa.

Laudo Médico

Paciente refere acidente
motorístico em 14/01/20
resultando em fratura de
tornozelo (D). Evoluiu com
consolidação óssea porém
ainda com incapacidade
com: 54%

Carpina, 04, 03, 20

Jacques Paiva Cavalcanti
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 7825
CRM-PE 19492

- Médico -

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA:

00225772

Prontuário: 202690

CNS:

Idade: 62 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: JOSE VIEIRA DA COSTA

Nascimento: 05/04/1957

Est.Civil: CASADO(A)

End.: AV SEVERINO PINHEIRO

Nº: 516

Bairro: CENTRO

CEP: 55700000

Municip: LIMOEIRO

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº:

Mãe: EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE

Pai: SEVERINO FRANCISCO DA COSTA

Profissão: APOSENTADO

Responsável:

Tel.: 96686080

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

14/01/2020 17:36 225772 ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:**TRATAMENTO:**

DOE OM OMBROS
① APOS OUM
DE MOTO

① RX
② Profundo AMP
IM
③ TIRÓIA

EXAMES COMPLEMENTARES:**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

CID:

Fratura Clavícula ①

MOTIVO DA SAÍDA:RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐**JUSTIFICATIVA:****ENCAMINHADO:****REMOVIDO:****OBITO:**

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:**HORA SAÍDA:**

DATA: 14/01/2020 17:36:21

☐ CURATIVO☐ NEBULIZAÇÃO☐ BÁSICO☐ RETIRADA DE PONTO☐ ESP**CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:**☐ URGÊNCIA BÁSICA☐ URG. ESPECIALIZADA☐ OBS. BÁSICA☐ OBS. ESPECIALIZADA

TÉCNICO / COREN

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**TÉCNICO / CONSELHO****HORÁRIO**

020.040035

RECEPCIONISTA

DIVA SILVERIO DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTeira DE IDENTIDADE

08R01

101

17-2/2/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTeira DE IDENTIDADE

1.340.741

12/08/2014

<< JOSÉ VIEIRA DA COSTA >>

<< SEVERINO FRANCISCO DA COSTA >>

<< EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE >>

PILAR - PB

05/04/1957

CC.6267 L.513 F.236V CART.

LINDEIRO-PE 20.05.2002 >>

170.888.354-49

RIS/PASEP: 1069958762-1

LEIA TUDO DE CIMA

1-62 18.817 - 2012

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015768324260
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 DOB RENAVAM 1071323590 RNTLC ***** EXERCÍCIO 2020

NOME
EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE

LIMOEIRO-PE 0

CPF / CNPJ 172.447.224-00 PLACA PDR2262

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2NC4910FR106644

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CB 300R ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP / POT / CL 29/291CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA VENC COTAS
I IPVA 2020 QUITADO 1ª *****
P 2ª *****
V 3ª *****
A 1

PASSA ÚNICA PARCELAMENTO / COTAS *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 8.10 ICV (R\$) 0.05 PRÊMIO TOTAL (R\$) 12.20 DATA DE PAGAMENTO 14/01/20

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LIMOEIRO DATA 14/02/20

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR FEEZ

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

PE Nº 015768324260 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

LIMOEIRO-PE EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 14/02/20

VA 1 CPF / CNPJ 172.447.224-00 PLACA PDR2262

RENAVAM 1071323590 MARCA / MODELO HONDA/CB 300R

ANO FAB 2015 CC INK 09 RECPASS 9C2NC4910FR106644

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 3.65 CONTRATA (R\$) 0.41 CUSTO DO SEGURO (R\$) 4.65

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICV (R\$) 0.05 TOTAL PRÊMIO (R\$) 12.20

PAGAMENTO DATA DE QUOTAÇÃO 14/01/20

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.242.800/0001-04

DESTAQUE E CARGA O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PONTE OBRIGATÓRIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149331 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VIEIRA DA COSTA **Data do acidente:** 14/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. JACQUES PAIVA CAVALCANTI, CRM/PE 19492, 04/03/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116245/20

Vítima: JOSE VIEIRA DA COSTA

CPF: 170.688.354-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VIEIRA DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE VIEIRA DA COSTA : 170.688.354-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020
Nome: JOSE VIEIRA DA COSTA
CPF: 170.688.354-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

JOSE VIEIRA DA COSTA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO