



Número: **0023480-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VANDEILSON DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69138224	06/10/2020 17:21	ANEXO 3	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200153167

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDEILSON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

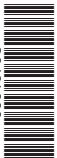
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15720215

Pag. 01415/01416 - carta_01 - INVALIDEZ

00010708





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

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200153167

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VANDEILSON DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Procuração	Apresentar procuração, original ou cópia autenticada, com poderes específicos para solicitar o Seguro DPVAT, inclusive podendo apresentar e firmar documentos, pois não foi entregue. Veja no nosso site as informações e instruções para a elaboração da procuração que deverá estar assinada pelo outorgante, com reconhecimento da firma por autenticidade.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00703/00704 - carta_03 - INVALIDEZ

00030352



Carta nº 15720770





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

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200153167

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDEILSON DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: **VANDEILSON DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000037050-2**

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

Qual o tipo de seguro?

☐ DAVS (Cobertura de Assistência Médica e Dano Moral)

☒ DANOS MATERIAIS

☐ MORTE

Qual o número do seguro?

702.827.634-14 Vanielson da Silva

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS TRABALHADORES E EMPREGADOS DE EMPRESAS E PESSOAS FÍSICAS QUE TRABALHAM POR CONTA PRÓPRIA.

Nome completo do segurado

Vanielson da Silva

7 - Nascimento

Aquarto

Vila Pacimbu

702.827.634-14

12 - Estado

Pacimbu

13 - Cidade

Toultama

05

Casa

14 - Estado

PE

55125.000

81.997.00.1948

15 - Nome completo do responsável legal

16 - Cód. de identificação legal

17 - Endereço do responsável legal

Declara, para efeito de fins de direito, ter sido empregado ou informado, conforme a legislação vigente, para o DPVAT.

20 - Situação atual do segurado

☒ Empregado

☐ Desempregado

☐ Aposentado

☐ Invalidez

☐ Falecido

☐ Outros

21 - Data de início do seguro

22 - Data de término do seguro

23 - Data de início do seguro

24 - Data de término do seguro

25 - Data de início do seguro

26 - Data de término do seguro

27 - Data de início do seguro

28 - Data de término do seguro

29 - Data de início do seguro

30 - Data de término do seguro

31 - Data de início do seguro

32 - Data de término do seguro

33 - Data de início do seguro

34 - Data de término do seguro

35 - Data de início do seguro

36 - Data de término do seguro

37 - Data de início do seguro

38 - Data de término do seguro

39 - Data de início do seguro

40 - Data de término do seguro

41 - Data de início do seguro

42 - Data de término do seguro

43 - Data de início do seguro

44 - Data de término do seguro

45 - Data de início do seguro

46 - Data de término do seguro

47 - Data de início do seguro

48 - Data de término do seguro

49 - Data de início do seguro

50 - Data de término do seguro

51 - Data de início do seguro

52 - Data de término do seguro

53 - Data de início do seguro

54 - Data de término do seguro

55 - Data de início do seguro

56 - Data de término do seguro

57 - Data de início do seguro

58 - Data de término do seguro

59 - Data de início do seguro

60 - Data de término do seguro

61 - Data de início do seguro

62 - Data de término do seguro

63 - Data de início do seguro

64 - Data de término do seguro

65 - Data de início do seguro

66 - Data de término do seguro

67 - Data de início do seguro

68 - Data de término do seguro

69 - Data de início do seguro

70 - Data de término do seguro

71 - Data de início do seguro

72 - Data de término do seguro

73 - Data de início do seguro

74 - Data de término do seguro

75 - Data de início do seguro

76 - Data de término do seguro

77 - Data de início do seguro

78 - Data de término do seguro

79 - Data de início do seguro

80 - Data de término do seguro

81 - Data de início do seguro

82 - Data de término do seguro

83 - Data de início do seguro

84 - Data de término do seguro

85 - Data de início do seguro

86 - Data de término do seguro

87 - Data de início do seguro

88 - Data de término do seguro

89 - Data de início do seguro

90 - Data de término do seguro

91 - Data de início do seguro

92 - Data de término do seguro

93 - Data de início do seguro

94 - Data de término do seguro

95 - Data de início do seguro

96 - Data de término do seguro

97 - Data de início do seguro

98 - Data de término do seguro

99 - Data de início do seguro

100 - Data de término do seguro

101 - Data de início do seguro

102 - Data de término do seguro

103 - Data de início do seguro

104 - Data de término do seguro

105 - Data de início do seguro

106 - Data de término do seguro

107 - Data de início do seguro

108 - Data de término do seguro

109 - Data de início do seguro

110 - Data de término do seguro

111 - Data de início do seguro

112 - Data de término do seguro

113 - Data de início do seguro

114 - Data de término do seguro

115 - Data de início do seguro

116 - Data de término do seguro

117 - Data de início do seguro

118 - Data de término do seguro

119 - Data de início do seguro

120 - Data de término do seguro

121 - Data de início do seguro

122 - Data de término do seguro

123 - Data de início do seguro

124 - Data de término do seguro

125 - Data de início do seguro

126 - Data de término do seguro

127 - Data de início do seguro

128 - Data de término do seguro

129 - Data de início do seguro

130 - Data de término do seguro

131 - Data de início do seguro

132 - Data de término do seguro

133 - Data de início do seguro

134 - Data de término do seguro

135 - Data de início do seguro

136 - Data de término do seguro

137 - Data de início do seguro

138 - Data de término do seguro

139 - Data de início do seguro

140 - Data de término do seguro

141 - Data de início do seguro

142 - Data de término do seguro

143 - Data de início do seguro

144 - Data de término do seguro

145 - Data de início do seguro

146 - Data de término do seguro

147 - Data de início do seguro

148 - Data de término do seguro

149 - Data de início do seguro

150 - Data de término do seguro

151 - Data de início do seguro

152 - Data de término do seguro

153 - Data de início do seguro

154 - Data de término do seguro

155 - Data de início do seguro

156 - Data de término do seguro

157 - Data de início do seguro

158 - Data de término do seguro

159 - Data de início do seguro

160 - Data de término do seguro

161 - Data de início do seguro

162 - Data de término do seguro

163 - Data de início do seguro

164 - Data de término do seguro

165 - Data de início do seguro

166 - Data de término do seguro

167 - Data de início do seguro

168 - Data de término do seguro

169 - Data de início do seguro

170 - Data de término do seguro

171 - Data de início do seguro

172 - Data de término do seguro

173 - Data de início do seguro

174 - Data de término do seguro

175 - Data de início do seguro

176 - Data de término do seguro

177 - Data de início do seguro

178 - Data de término do seguro

179 - Data de início do seguro

180 - Data de término do seguro

181 - Data de início do seguro

182 - Data de término do seguro

183 - Data de início do seguro

184 - Data de término do seguro

185 - Data de início do seguro

186 - Data de término do seguro

187 - Data de início do seguro

188 - Data de término do seguro

189 - Data de início do seguro

190 - Data de término do seguro

191 - Data de início do seguro

192 - Data de término do seguro

193 - Data de início do seguro

194 - Data de término do seguro

195 - Data de início do seguro

196 - Data de término do seguro

197 - Data de início do seguro

198 - Data de término do seguro

199 - Data de início do seguro

200 - Data de término do seguro

201 - Data de início do seguro

202 - Data de término do seguro

203 - Data de início do seguro

204 - Data de término do seguro

205 - Data de início do seguro

206 - Data de término do seguro

207 - Data de início do seguro

208 - Data de término do seguro

209 - Data de início do seguro

210 - Data de término do seguro

211 - Data de início do seguro

212 - Data de término do seguro

213 - Data de início do seguro

214 - Data de término do seguro

215 - Data de início do seguro

216 - Data de término do seguro

217 - Data de início do seguro

218 - Data de término do seguro

219 - Data de início do seguro

220 - Data de término do seguro

221 - Data de início do seguro

222 - Data de término do seguro

223 - Data de início do seguro

224 - Data de término do seguro

225 - Data de início do seguro

226 - Data de término do seguro

227 - Data de início do seguro

228 - Data de término do seguro

229 - Data de início do seguro

230 - Data de término do seguro

231 - Data de início do seguro

232 - Data de término do seguro

233 - Data de início do seguro

234 - Data de término do seguro

235 - Data de início do seguro

236 - Data de término do seguro

237 - Data de início do seguro

238 - Data de término do seguro

239 - Data de início do seguro

240 - Data de término do seguro

241 - Data de início do seguro

242 - Data de término do seguro

243 - Data de início do seguro

244 - Data de término do seguro

245 - Data de início do seguro

246 - Data de término do seguro

247 - Data de início do seguro

248 - Data de término do seguro

249 - Data de início do seguro

250 - Data de término do seguro

251 - Data de início do seguro

252 - Data de término do seguro

253 - Data de início do seguro

254 - Data de término do seguro

255 - Data de início do seguro

256 - Data de término do seguro

257 - Data de início do seguro

258 - Data de término do seguro

259 - Data de início do seguro

260 - Data de término do seguro

261 - Data de início do seguro

262 - Data de término do seguro

263 - Data de início do seguro

264 - Data de término do seguro

265 - Data de início do seguro

266 - Data de término do seguro

267 - Data de início do seguro

268 - Data de término do seguro

269 - Data de início do seguro

270 - Data de término do seguro

271 - Data de início do seguro

272 - Data de término do seguro

273 - Data de início do seguro

274 - Data de término do seguro

275 - Data de início do seguro

276 - Data de término do seguro

277 - Data de início do seguro

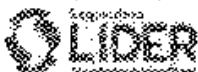
278 - Data de término do seguro

279 - Data de início do seguro

280 - Data de término do seguro

281 - Data de início do seguro

282 - Data de término do seguro



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o tipo de cobertura: ☐ Cobertura de todos os riscos de acidente e doença ☒ Cobertura de acidente ☐ Cobertura de doença

1 - Nome completo: **Vandelson da Silva** 2 - CPF do segurado: **702.827.634-14**

3 - Nome completo: **Vandelson da Silva** 4 - CPF: **702.827.634-14**

5 - Profissão: **Agricultor** 6 - Endereço: **Vila Pacimilva** 7 - Cidade: **Os** 8 - Estado: **CE**

9 - Valor do prêmio: **55125,00** 10 - Data de emissão: **05/11/2020**

11 - Valor do prêmio: **55125,00** 12 - Data de emissão: **05/11/2020**

13 - Valor do prêmio: **55125,00** 14 - Data de emissão: **05/11/2020**

15 - Valor do prêmio: **55125,00** 16 - Data de emissão: **05/11/2020**

17 - Valor do prêmio: **55125,00** 18 - Data de emissão: **05/11/2020**

19 - Valor do prêmio: **55125,00** 20 - Data de emissão: **05/11/2020**

21 - Valor do prêmio: **55125,00** 22 - Data de emissão: **05/11/2020**

23 - Valor do prêmio: **55125,00** 24 - Data de emissão: **05/11/2020**

25 - Valor do prêmio: **55125,00** 26 - Data de emissão: **05/11/2020**

27 - Valor do prêmio: **55125,00** 28 - Data de emissão: **05/11/2020**

29 - Valor do prêmio: **55125,00** 30 - Data de emissão: **05/11/2020**

31 - Valor do prêmio: **55125,00** 32 - Data de emissão: **05/11/2020**

33 - Valor do prêmio: **55125,00** 34 - Data de emissão: **05/11/2020**

35 - Valor do prêmio: **55125,00** 36 - Data de emissão: **05/11/2020**

37 - Valor do prêmio: **55125,00** 38 - Data de emissão: **05/11/2020**

39 - Valor do prêmio: **55125,00** 40 - Data de emissão: **05/11/2020**

41 - Valor do prêmio: **55125,00** 42 - Data de emissão: **05/11/2020**

43 - Valor do prêmio: **55125,00** 44 - Data de emissão: **05/11/2020**

45 - Valor do prêmio: **55125,00** 46 - Data de emissão: **05/11/2020**

47 - Valor do prêmio: **55125,00** 48 - Data de emissão: **05/11/2020**

49 - Valor do prêmio: **55125,00** 50 - Data de emissão: **05/11/2020**

51 - Valor do prêmio: **55125,00** 52 - Data de emissão: **05/11/2020**

53 - Valor do prêmio: **55125,00** 54 - Data de emissão: **05/11/2020**

55 - Valor do prêmio: **55125,00** 56 - Data de emissão: **05/11/2020**

57 - Valor do prêmio: **55125,00** 58 - Data de emissão: **05/11/2020**

59 - Valor do prêmio: **55125,00** 60 - Data de emissão: **05/11/2020**

61 - Valor do prêmio: **55125,00** 62 - Data de emissão: **05/11/2020**

63 - Valor do prêmio: **55125,00** 64 - Data de emissão: **05/11/2020**

65 - Valor do prêmio: **55125,00** 66 - Data de emissão: **05/11/2020**

67 - Valor do prêmio: **55125,00** 68 - Data de emissão: **05/11/2020**

69 - Valor do prêmio: **55125,00** 70 - Data de emissão: **05/11/2020**

71 - Valor do prêmio: **55125,00** 72 - Data de emissão: **05/11/2020**

73 - Valor do prêmio: **55125,00** 74 - Data de emissão: **05/11/2020**

75 - Valor do prêmio: **55125,00** 76 - Data de emissão: **05/11/2020**

77 - Valor do prêmio: **55125,00** 78 - Data de emissão: **05/11/2020**

79 - Valor do prêmio: **55125,00** 80 - Data de emissão: **05/11/2020**

81 - Valor do prêmio: **55125,00** 82 - Data de emissão: **05/11/2020**

83 - Valor do prêmio: **55125,00** 84 - Data de emissão: **05/11/2020**

85 - Valor do prêmio: **55125,00** 86 - Data de emissão: **05/11/2020**

87 - Valor do prêmio: **55125,00** 88 - Data de emissão: **05/11/2020**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0221000570**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/09/2018** às **10:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **22/7/2018** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **CAPELA NOVA, 1, ESTRADA DO POVOADO DE CAPELA NOVA** - Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO (OUTRO)
VANDEILSON DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **VANDEILSON DA SILVA**

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

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

VANDEILSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROZÉLIA SEVERINA DA SILVA** Pai: **VANDERLY SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1996** Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **CAPELA NOVA, 1, RUA DA QUADRA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO / BRASIL**

ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VANDEILSON DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR1523 (PERNAMBUCO/TORITAMA)** Renavam: **996097589** Classif: **9C2KC1650ER018906**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

19/09/2018 10:16



Complemento / Observação

A VÍTIMA (VANDEILSON) VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA QYR-1523, PELA ESTRADA DE CAPELA NOVA TRAFEGANDO NO SENTIDO CAPELA NOVA PARA O SÍTIO JACARÉ, MAS NO MEIO DO PERCURSO, DEVIDO AO EXCESSO DE AREIA NA ESTRADA, A MOTO DERRAPOU E POR ISSO A VÍTIMA PERDEU CONTROLE DA MOTO E POR CAUSA DISTO CAIU DA MOTO E VEIO A SOFRER VÁRIAS LESÕES CORPORAIS. LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NA CIDADE DE MORENO.

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

R Vandelson da Silva

VANDEILSON DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *AF* ANDERSON RODLEY PEREIRA DA COSTA - Matrícula: 296784-7



19/09/2018 10:11





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DANOS FÍSICOS DE ASSURANÇA DE INCÊNDIO - INCENDIÁRIO ☒ DANOS FÍSICOS DE ASSURANÇA DE FURTO - FURTO ☐ DANOS FÍSICOS DE ASSURANÇA DE VANDALISMO - VANDALISMO ☐ DANOS FÍSICOS DE ASSURANÇA DE QUAQUILHO - QUAQUILHO

1. Nome do segurado: **1302827-634-14 Vanderilson da Silva**

2. Nome do titular: **Vanderilson da Silva**

3. Nome do beneficiário: **Aguiar, Vitor Pacinella**

4. Nome do responsável: **Pacinella, Louitama**

5. Endereço: **1302827-634-14, 05, Casa, 35125-000, PE**

6. Data de nascimento: **8/9/90**

7. Data de emissão: **1998**

8. Nome do plano de seguro: **Seguro DPVAT**

9. Nome do segurador: **Seguro DPVAT**

10. Nome do corretor: **Seguro DPVAT**

11. Nome do agente: **Seguro DPVAT**

12. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

13. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

14. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

15. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

16. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

17. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

18. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

19. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

20. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

21. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

22. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

23. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

24. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

25. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

26. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

27. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

28. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

29. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

30. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

31. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

32. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

33. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

34. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

35. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

36. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

37. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

38. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

39. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

40. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

41. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

42. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

43. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

44. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

45. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

46. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

47. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

48. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

49. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

50. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

51. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

52. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

53. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

54. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

55. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

56. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

57. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

58. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

59. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

60. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

61. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

62. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

63. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

64. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

65. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

66. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

67. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

68. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

69. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

70. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

71. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

72. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

73. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

74. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

75. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

76. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

77. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

78. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

79. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

80. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

81. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

82. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

83. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

84. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

85. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

86. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

87. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

88. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

89. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

90. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

91. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

92. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

93. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

94. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

95. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

96. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

97. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

98. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

99. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

100. Nome do representante: **Seguro DPVAT**

4. Local e data: **Recife, 20 de Abril 2020**

Vanderilson da Silva

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617210272600000067801257
Número do documento: 20100617210272600000067801257

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: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDEILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000037050-2

Nr. da Autenticação 9B186FE6FC144D61







Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, 85ª Urbanização, Recife - PE, CEP 50155-902
CNPJ: 06.955.620/0001-98 | Insc. Est. 05.052.433-50 | www.celpe.com.br

EMPRESA CLIENTE:

EMPRESA DE UTILIDADES PÚBLICAS DE PERNAMBUCO

ADRIANA MARIA MOURA DE ALFERNANDES

RUA LACIO BATISTA 370

CPF: 045.224.444-04

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55760-000

QUANTIDADE

ES RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MUNICÍPIO

061280003

UNICA

07/04/2020

07/04/2020

2011180002

3706008

04/2020

83,80

Consumo em kWh (M) - USD

Consumo em kWh (M) - TE

Arteses de Bacia de Aquarela

Consumo em kWh (M) - TE

Consumo em kWh (M) - TE

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

34,000000

0,4266192

42,22

89,000000

0,55875825

35,51

1,84

3,49

1,70

TOTAL INDEVIDUADO

Nº DO INSCRIÇÃO	Tipo de Função	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade
100000	CAT	UNICAT	UNICAT	UNICAT	UNICAT	UNICAT	UNICAT	UNICAT	UNICAT

PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000

Assinatura eletrônica do cliente: [Assinatura]

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Adriano Manoel A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vanderlei da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.827.634 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Vanderlei da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.827.634 / 14, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Frei Balista</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Jurubá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>_____</u>		Telefone comercial (DDD) <u>81 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 99161</u>

Centrop 20 de abril de 2020
Local e Data

Adriano M. A. Fernandes
Assinatura do Declarante





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



PREFEITURA DE
TORITAMA
Trabalhando para todos

Toritama, 13 de Setembro de 2018.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 130/2018

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **VANDEILSON DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **VANDEILSON DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 115.530, no dia 22/07/2018, foi atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

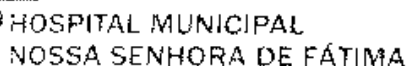
Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva ▪ Centro – Toritama - Pernambuco ▪
Telefone: 3741- 1192 ▪ E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





Registro	Hora	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:
115.5302011		Vanderlan Da Silva	M	22-07-2008
Idade:	RG:	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
22	9304.642 SSP/PE			Colt
Data de Nascimento:	Naturalidade:			
24/04/1986	Pontal			
Endereço:	Número:	Complemento:		
Vila São Baudito				
Cidade:	Bairro:	UF:	CEP:	
Pontal	20	PE		
SUS:	Profissão:			
898.0034.7868.6249				
Nome da Mãe:	Nome do Pai:			
Roselia Sacramento da Silva	Vanderlan da Silva			
Nome do Responsável:	Telefone:			
O mesmo	9105 1474			

PA (20 x 80)	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:		SpO ₂ com O ₂ Limb:			
CLASSIFICAÇÃO: <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input checked="" type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL					
ASSINATURA E CARIMBO					

HDA. ET refugee grants also under the 2020 and ET
refugee Reservist

A. Via arena fides
B. ~~non~~ que fides alba
C. Palas. dicitur a sanctis
D. E.C.B. 15

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP

EXAME GERAL	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA	NEUROLÓGICO:
ACV:	GLASGOW:
AR	NUCA
ABDOMEN	PUPILAS:
MEMBRAS:	PELE:

Diagnóstico Provisório: CE 612 / Feb 2014

Conduta: 05/06/2015 Pr Clínica e Coluna Cervical +
Opér. de Coluna +

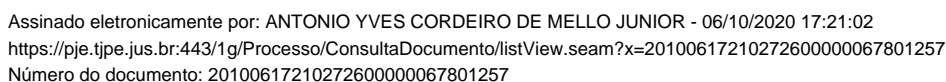
② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

Carlos Branco
MEDICO
CRM 26840

⑤ Travel 1 hour 14.

Carlos Branco
MÉDICO
CRM 26840

MÉDICO(CRM)





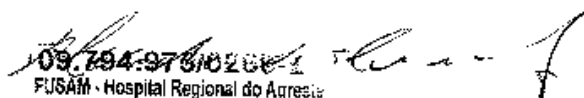
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Vandeilson da Silva** ,com **Registro Hospitalar: 322174**, esteve interno nesta **Unidade de saúde no dia, 23/07/2018 a 23/07/2018**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Caruaru 19 de Março 2019


09.154.976/0200-1
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.672.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



THE

Prontuário: 322174

Clinica. ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medic or MEDIC PLANTS N21

Priglasenie na koncert 19. oktobra 1990. g. u 19.00h

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Chester

Diag. Provisório: *Fratura* *Clavícula*

Re: Amos & Amos & Amos & Amos

Data: _____

1922

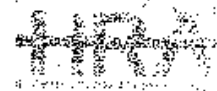
Horário

1/1/1922 *Callitriche*

70-3-2 2510

Dr. Maurice Pate
Orthopedic Traumatologist
Chargé de Cours
April 28, 1983

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA**



Exatidão	Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
 Endereço: _____ Tel.: _____
 Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento ☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____
 Endereço: _____ Tel.: _____
 Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

☒ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadidos ☐ Termo de Alta a Pedido
☒ Transferência: _____ ☐ Internamento _____

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Insatisfeito ☐ Óbito

Data: 22/12/18 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

7/23/2018 11:04:03 AM
2 de 2

Dr. Antonio YVES
 Cirurgião de Emergência
 CRM-PE: 15.895 1907-4-02

Usuário do Atendimento
MEYDSONWBC



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 20/09/2018 20:44

Atendimento: 287165 Entrada: 23/07/2018 Hora: 23:11
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Recepcionista: ELIANE SOARES DA SILVA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898003475686149

Paciente: 1616048 VANDEILSON DA SILVA
Nascimento: 24/04/1996 (22 Anos e 4 Meses)
Endereço: RUA ALEXANDRE DE GUSMÃO
Bairro: CORDEIRO C.E.P.: 50630-840
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: VANDERLY SILVA
Mãe: ROZELIA SEVERINA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 9304672 - SDS - PE
Telefone: 794133167
G. Instrução:
Ocupação: COSTUREIRO
Naturalidade: TORITAMA PE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:

PCT REFERE ACIDENTE DE MOTO, HÁ CERCA DE 5H,
REFERE DOR EM OMBRO D. REFERE VÔMITOS E PERDA DE CONSCIÊNCIA.
NEGA DEMAIS QUEIXAS.

Exame físico:

EGB
ECG:15
DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO D.
RX DE OMBRO: FRAT DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA

Hipótese diagnóstica:

TCE
FRAT DE CLAVÍCULA.

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - DIPIRONA 01 AMP + AD EV.	
02 - VOLTAREN 1 AMP IM	
03 - IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA	
04 - SOLICITO AVALIAÇÃO DE CLÍNICO.	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

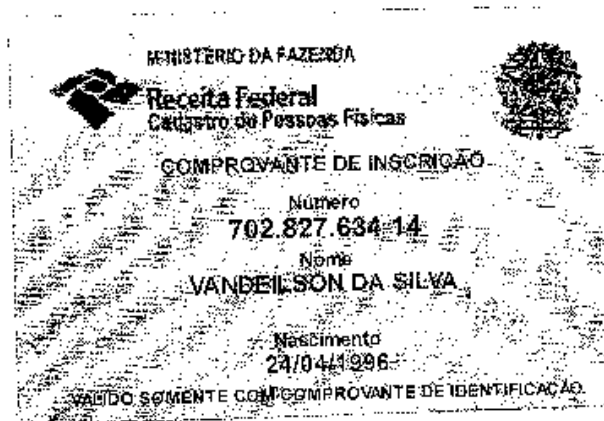
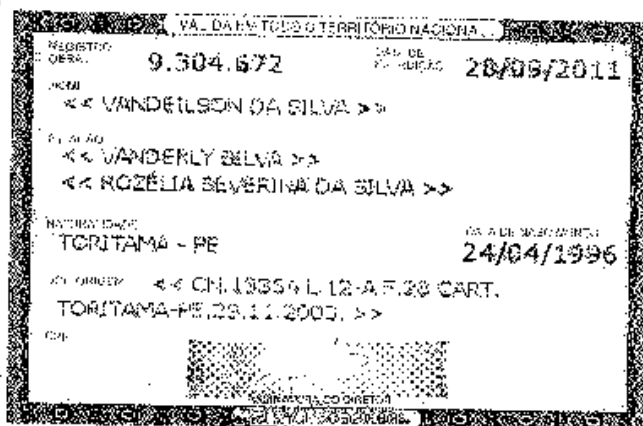
COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cláudio Campelo, S/N - Moreno-PE

Página 1 de 2







NOME: **ADRIANA MARIA RIBEIRO DE ALBUQUERQUE FERREIRA**
 CPF: **8810585-8** DATA NASCIMENTO: **26/07/1974**
 FILIAÇÃO: **JOSE GOMES DE MORA**
LEONARTE FERREIRA DE MORA
 DATA E LOCAL DO REGISTRO: **17/04/2017**
 LOCAL: **PERNAMBUCO**
 DATA DE EMISSÃO: **10/04/2017**
 NÚMERO DO REGISTRO: **5386755900**
PERNAMBUCO

VALIDAR CÓDIGO
 1421884961
 RECEBEMOS PLANO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119182/20

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

CPF: 702.827.634-14

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANDEILSON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VANDEILSON DA SILVA : 702.827.634-14

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: 20/04/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.
Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Às
Seguradoras Consorciadas

Assunto: Projeto Movimentação Remota – Identificação de Sinistros pendenciados com possibilidade de prosseguimento por meio de ações que independem de contato presencial

Prezados Senhores,

1. Como é de conhecimento de todos, em 7/2/2020, foi publicada a Lei 13.979, de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 e indica as condições para aplicação de isolamento e quarentena, conforme o caso.
2. Em 20/3/2020, foi publicada a Medida Provisória nº 926, de 2020, que alterou a referida lei para, dentre outros temas, permitir às autoridades, no âmbito de suas competências, a adotar medidas de restrições à circulação de pessoas, resguardando o exercício e funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais. Ainda nessa data, o Decreto Legislativo nº 6, de 2020, estabeleceu estado de calamidade pública em razão da emergência de saúde pública de importância internacional relacionada ao coronavírus (Covid-19).
3. Diante desse cenário de restrição à circulação de pessoas e de concentração de esforços para o atendimento às pessoas com suspeita ou comprovada contaminação pelo Covid-19, entendemos que os beneficiários do Seguro DPVAT poderiam ter nos recursos providos por esse seguro um apoio nesse momento de grande dificuldade para toda a sociedade. Por outro lado, poderiam esses mesmos beneficiários encontrar dificuldades na obtenção de documentos que foram objeto de pendenciamento em sinistros já avisados e cujos prazos estavam interrompidos.
4. Da análise das bases de dados e documentos relativos à regulação de sinistros, identificou-se que alguns documentos, ou informações pendentes, poderiam ser fornecidas pelos interessados sem a necessidade de deslocamento a quaisquer órgãos, ou obtidas pela Seguradora Líder com o uso de tecnologia.
5. Nesse contexto e visando dar prosseguimento a regulação desses sinistros, a Seguradora Líder desenvolveu o Projeto Movimentação Remota ("Projeto") que é composto por uma série de análises e ações diferenciadas em relação àquelas atualmente adotadas na operação do Seguro DPVAT, e que serão utilizadas somente enquanto perdurar o cenário de quarentena e a limitação de circulação de pessoas em razão da pandemia da COVID-19.
6. Cabe destacar que, como as ações da seguradora não devem estimular o deslocamento e o contato presencial de pessoas, foram selecionados apenas sinistros que possam ser movimentados por meio de ações remotas.
7. Sendo assim, serve o presente Comunicado para convidá-los a participar desse Projeto pioneiro e desafiador que dependerá de um esforço conjunto e da parceria entre a Seguradora Líder e



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.
Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Seguradoras Consorciadas para atuação nos sinistros administrativos pendenciados na etapa de regulação, com a finalidade de se buscar a finalização dos processos e, quando pertinente, o pagamento das respectivas indenizações, mediante o exame do conjunto probatório de todo o processo de sinistro e a verificação do direito do Beneficiário.

8. A participação no Projeto é simples e inicia-se com o envio à Consorciada de grupos de sinistros que serão organizados com base no tipo de documento que será tratado pela Seguradora Líder. Em seguida, caberá à Consorciada realizar a movimentação do processo para “Concluir Regulação”. Caso, eventualmente haja alguma outra providência operacional a ser tomada no SISDPVAT, será enviado e-mail com os sinistros e os respectivos esclarecimentos acerca das medidas necessárias para movimentação.
9. Esclarecemos, por fim, que a seleção dos processos de regulação inseridos no Projeto, considerando as premissas expostas, já foi realizada pela Seguradora Líder. Logo, não será permitida a indicação de outros casos pelas Consorciadas, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto em relação aos sinistros:
 - (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
 - (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.
10. Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação dos sinistros avisados durante o período determinado deste projeto.
11. Em breve, iniciaremos o envio dos grupos de sinistros a cada Consorciada com instruções complementares.
12. Contamos com o empenho e agilidade das equipes envolvidas no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.
13. As dúvidas deverão ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br e no assunto, deve constar: **Projeto Movimentação Remota**.

À disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários, contamos com a colaboração de todos.

Atenciosamente,

Diretoria de Operações e Tecnologia da Informação - DOPTI
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119182/20

Número do Sinistro: 3200153167

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

Data do acidente: 22/07/2018

CPF: 702.827.634-14

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANDEILSON DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Procuração

VANDEILSON DA SILVA : 702.827.634-14

Autorização de pagamento

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: 24/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200153167 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDEILSON DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.4
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

