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, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200232790 **Vítima: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA**

Data do Acidente: 09/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

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

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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200232790

Vítima: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 09/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
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

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 Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200232790 **Vítima: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA**

Data do Acidente: 09/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

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 tornozelo 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: **ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA**
Valor: **R$ 843,75**
Banco: **341**
Agência: **000007811**
Conta: **0000012420-0**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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, 28 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200232790 **Vítima: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA**

Data do Acidente: 09/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15980813

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

2 - Nº do Sinistro da ASL | 3 - CPF da vítima: 932 602 745-04 | 4 - Nome completo da vítima: Enico Luiz Pottes de Almeida

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Enico Luiz Pottes de Almeida | 6 - CPF: 932 602 745-04

7 - Profissão: aposentado | 8 - Endereço: Rua A | 9 - Número: 50 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Palestina | 12 - Cidade: Araçaju | 13 - Estado: SE | 14 - CEP: 49060-673

15 - E-mail: | 16 - DDD: (79) 32222-0517

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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, ser o(a) efetivo(a) responsável pelo(a) menor/incapaz conforme comprovante anexo (A 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)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú (341)
AGÊNCIA: 7511 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 12420 0 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Qual o Período informado pelo IML? | 26 - Vítima era seu companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se sim, informe o nome completo:

28 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se sim, informe: Nome: Data de nascimento: | 30 - Vítima deixou cônjuge? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se sim, informe: Nome: Data de nascimento: | 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá requerer, caso julgue necessário, a indenização do Seguro DPVAT por morte, bem como os documentos que se apresentarem e provarem a condição, estando ciente, ainda, de que a Seguradora Líder poderá dar a quitação do valor da indenização, além da responsabilidade prevista no art. 792 do Código Civil.

34 -

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Testemunha: Nome: CPF:
Assinatura da testemunha:

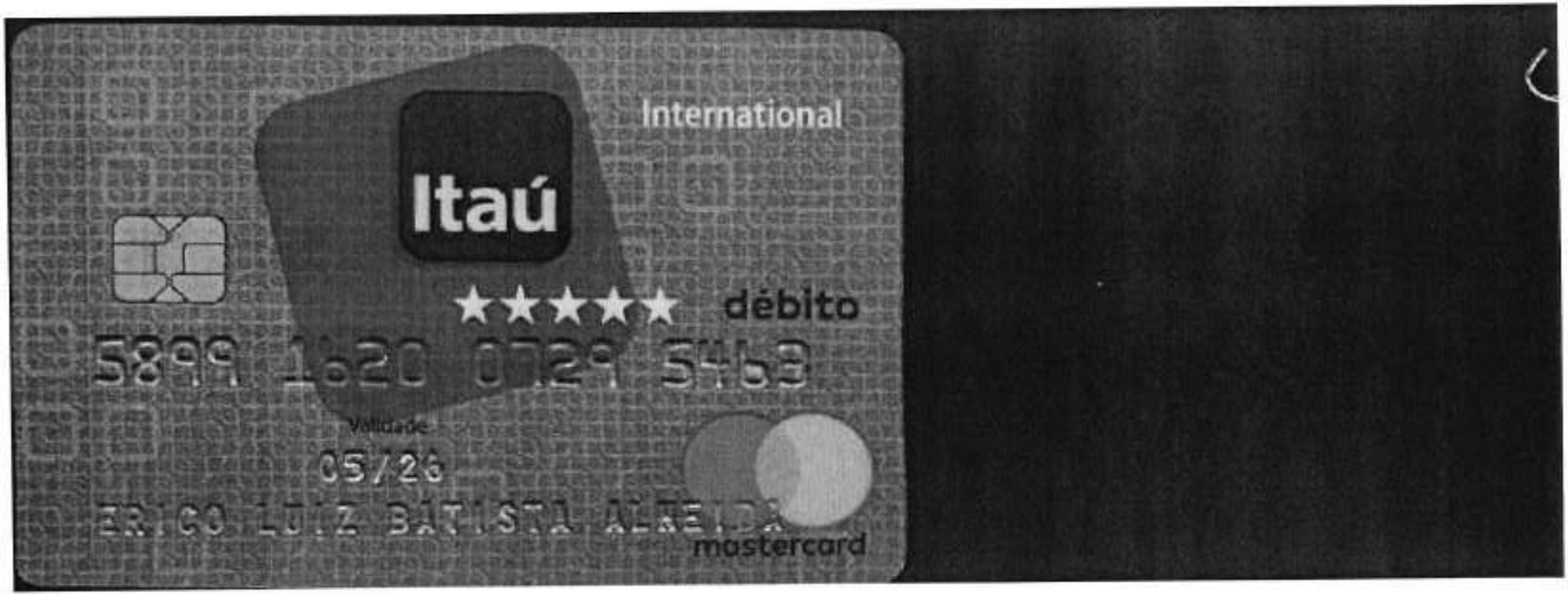
39 - 2ª Testemunha: Nome: CPF:
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Aracaju - SE, 06 de 01 de 2020

41 - Assinatura do beneficiário ou procurador:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):


International
Itaú
débito
5899 1620 0729 5463
Validade
05/26
ERICO LUIZ BATISTA ALMEIDA
mastercard

agência conta

7811 12420 0 401

Authorized signature - Not valid unless signed

maestro

Itau 30 horas

Banco24Horas

Canais de atendimento
consultas, informações e serviços transacionais

acesse: Itau.com.br

4004 4828
capitais e regiões metropolitanas

0 00 970 2
demais localidades

SAC 0800 728 0728
reclamações, cancelamentos, informações gerais

Ouvidoria 0800 570 0011
se não for satisfeito com a solução apresentada, procure a Ouvidoria

Deficientes 0800 722 1722
auditivos ou de fala

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200058561
Nome do(a) Examinado(a): Erico Luiz Batista de Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): Rua A, 50 Cs
Palestina Aracaju SE CEP: 49060-673
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 3.054.668-0
Data local do acidente: [09/10/2019]
Data local do exame: [18/02/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA DE BACIA COM DISJUNÇAO LEVE DA SINFISE PUBICA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 10/10/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

EXAME FISICO REFERENTE AO TRAUMA EM QUESTAO SEM ALTERAÇOES

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

( ) Sim **(X) Não**

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "“Não”", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(X) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

EXAMES DE IMAGEM ANEXADOS COM LESOES SEM NEXO CAUSAL COM O TRAUMA EM QUESTAO

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

Manoel Otacílio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106376/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/10/2019 08:39 Data/Hora Fim: 31/10/2019 09:04
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 201914435 Data: 09/10/2019
Delegado de Polícia: Augusto Cesar Mendes Oliveira

ESTADO DE SERGIPE Secretaria da Segurança Pública Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito
Data/Hora do Fato: 09/10/2019 22:13

Local do Fato

Município: Aracaju (SE) Bairro: Santo Antonio
Logradouro: AVENIDA SIMEÃO SOBRAL
Complemento: PRÓXIMO A AGÊNCIA BANESE CEP:49.000-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1227: CONDUZIR VEÍCULO COM CAPACIDADE PSICOMOTORA ALTERADA EM RAZÃO DA INFLUÊNCIA DE ÁLCOOL OU DE DROGAS (Art. 306 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1° da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ NAICIO SANTOS LIMA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Propriá Sexo: Masculino Nasc: 30/08/1964
Escolaridade: Sem Informação
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Terezinha Santos de Lima Nome do Pai: Carivaldo de Lima
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 312.065.655-00
RG - Carteira de Identidade: 7640110

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: RUA DO CARMO Nº: 37
Bairro: SANTO ANTONIO CEP: 49.000-000

Nome Civil: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PB - Patos Sexo: Masculino Nasc: 10/07/1977
Profissão: Caldeireiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ednalva Batista de Almeida Nome do Pai: Luiz Gonzaga de Almeida

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 933.602.745-04

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106376/2019-A02

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: RUA A Nº:50
Bairro: Palestina
Telefone: (79) 9833-2419 (Celular) (79) 3215-7170 (Residencial)

Nome Civil: JOSÉ WDSON FRANCISCO SANTOS (TESTEMUNHA , CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 03/05/1969
Profissão: Policial Militar Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil:Casado(a)
Nome da Mãe: Gicelda Floriza Santos Nome do Pai: Edinaldo Francisco Santos
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 532.931.005-97

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: Rua Itabaiana Nº:336
Complemento: QUARTEL CENTRAL DA PM/SE
Bairro: Centro
Telefone: (79) 98855-0538 (Celular)

Nome Civil: LUIZ CARLOS DOS SANTOS (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 12/10/1978
Profissão: Policial Militar Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil:Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Neuflides Matos Dos Santos Nome do Pai: Antonio Francisco Dos Santos
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 912.565.935-91

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: Rua Itabaiana Nº:336
Complemento: QUARTEL CENTRAL DA PM/SE
Bairro: Centro
Telefone: (79) 99978-4720 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição 01 (UM) VEÍCULO GM/COBALT
CPF/CNPJ do Proprietário 32.864.373/0001-05
Placa QMB6803
Renavam 01140819248
Número do Motor GFM043412
Número do Chassi 9BGJC6920JB215835
Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor PRATA
UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju
Marca/Modelo CHEVROLET/COBALT 18A LTZ
Modelo CHEVROLET/COBALT 18A LTZ

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

ESTADO DE SERGIPE - Secretaria da Segurança Pública - Delegacia Especial de Crimes de Trânsito

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106376/2019-A02

Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 12/01/2018
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Naicio Santos Lima	Possuidor

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição 01 (UMA) MOTOCICLETA HONDA MODELO CB 300
CPF/CNPJ do Proprietário 933.602.745-04
Placa NVG7873
Renavam 00309223180
Número do Motor NC43E1B100757
Número do Chassi 9C2NC4310BR100757
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor AZUL
UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju
Marca/Modelo HONDA/CB 300R
Modelo HONDA/CB 300R
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 04/11/2016
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Erico Luiz Batista de Almeida	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que, nesta noite de 09/10, por volta das 22:13 horas, estava de serviço na SAAT 01 quando foi acionado via CIOSP para atender ocorrência de sinistro de trânsito, envolvendo um veículo de passeio GM/COBALT de placa QMB 6803/SE conduzido pelo nacional JOSÉ NAICIO SANTOS LIMA, e uma motocicleta Honda modelo CB 300 conduzida pelo nacional ERICO LUIZ BATISTA ALMEIDA. Constatou tratar-se de abalroamento tranversal, realizado pelo Cobalt, ao efetuar um retorno, atingindo a motocicleta. Que o condutor JOSE NAICIO tentou se evadir do local, sendo abordado por policiais militares da TATICO 062, na esquina da Av. Simeao Sobral com Rua Rosario, nas adjacências do local do sinistro. Que o motocicleta não se encontrava no local, pois foi socorrido pelo SAMU, conduzido ao Hospital. Que solicitou ao condutor do GM/Cobalt que fizesse o teste do bafômetro, mas foi recusado pelo motorista infrator, que aparentava claros indícios de ingestão de bebidas alcoolicas, face a dispersão apresentada, odor etilico, olhos avermelhados, sendo dado voz de prisão ao mesmo. Que a motocicleta foi liberada ao primo da vitima, de nome ERFREN BATISTA DE ALMEIDA, CPF n. 929.710.835-00. Que o veículo GM/Cobalt foi liberado a esposa do motorista infrator, de nome MARIA INES SANTANA, CPF n. 438.895.905-78. Que conduziu o motorista infrator para esta CENTRAL, para a adoção dos procedimentos cabíveis. //////////

ASSINATURAS

Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Escrivão de Polícia
Matrícula 1033
Responsável pelo Atendimento

Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Escrivão de Polícia Judiciária

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

2 - Nº do Sinistro da ASL | 3 - CPF da vítima: 932 602 745-04 | 4 - Nome completo da vítima: Enico Luiz Pottes de Almeida

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Enico Luiz Pottes de Almeida | 6 - CPF: 932 602 745-04

7 - Profissão: aposentado | 8 - Endereço: Rua A | 9 - Número: 50 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Palestina | 12 - Cidade: Araçaju | 13 - Estado: SE | 14 - CEP: 49060-673

15 - E-mail: | 16 - DDD: (79) 32222-0517

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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, ser o(a) efetivo(a) responsável pelo(a) menor/incapaz conforme comprovante anexo (A 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)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú (341)
AGÊNCIA: 7511 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 12420 0 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Qual o Período informado pelo IML? | 26 - Vítima era seu companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se sim, informe o nome completo:

28 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se sim, informe: Nome: Data de nascimento: | 30 - Vítima deixou cônjuge? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se sim, informe: Nome: Data de nascimento: | 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá requerer, caso julgue necessário, a indenização do Seguro DPVAT por morte, bem como os documentos que se apresentarem e provarem a condição, estando ciente, ainda, de que a Seguradora Líder poderá dar a quitação do valor da indenização, além da responsabilidade prevista no art. 792 do Código Civil.

34 -

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Testemunha: Nome: CPF:
Assinatura da testemunha:

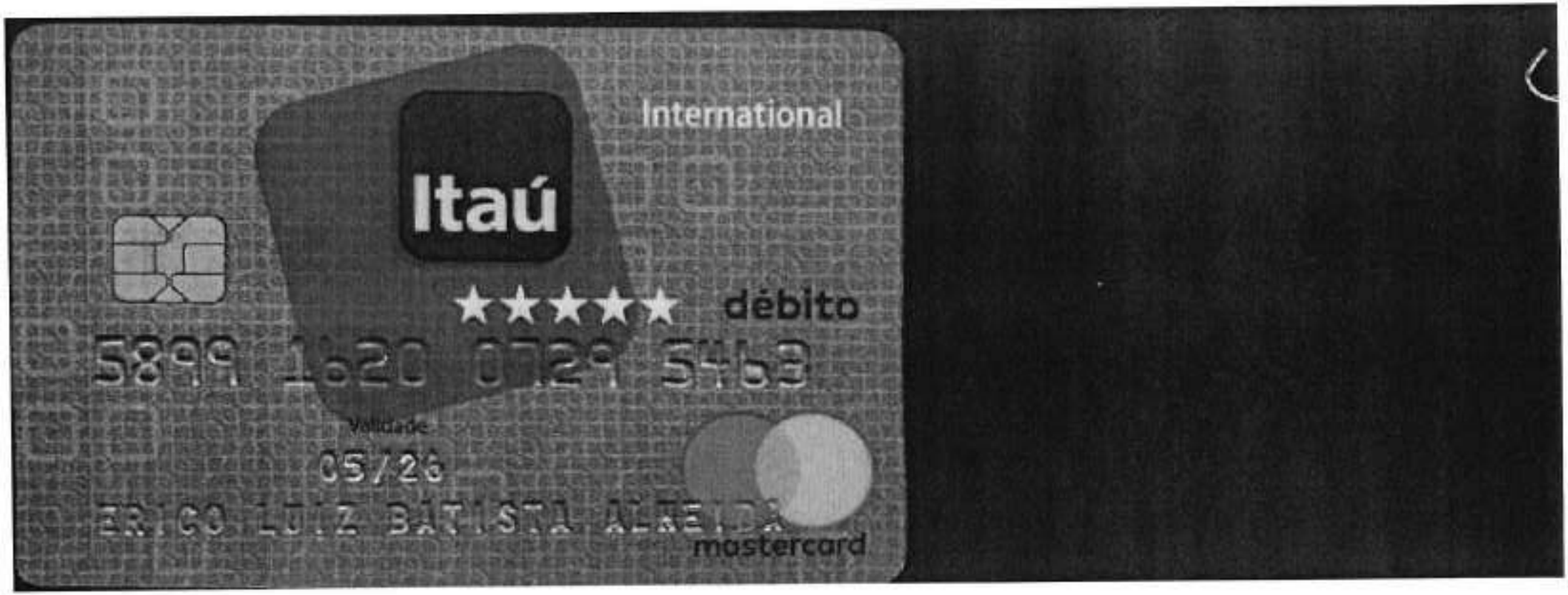
39 - 2ª Testemunha: Nome: CPF:
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Aracaju - SE, 06 de 01 de 2020

41 - Assinatura do beneficiário ou procurador:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):


International
Itaú
débito
5899 1620 0729 5463
Validade
05/26
ERICO LUIZ BATISTA ALMEIDA
mastercard

agência conta

7811 12420 0 401

Authorized signature - Not valid unless signed

maestro

Itau 30 horas

Banco24Horas

Canais de atendimento
consultas, informações e serviços transacionais

acesse: Itau.com.br

4004 4828
capitais e regiões metropolitanas

0 00 970 2
demais localidades

SAC 0800 728 0728
reclamações, cancelamentos, informações gerais

Ouvidoria 0800 570 0011
se não for satisfeito com a solução apresentada, procure a Ouvidoria

Deficientes 0800 722 1722
auditivos ou de fala

Fundação Hospitalar de Saúde

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SAMU 192 SERGIPE

RELATÓRIO REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1910090866/ ESUS – SAMU

e – DOC 020000.27922/2019-9

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **20h55min** do dia **09 de Outubro de 2019,** para atendimento de vítima identificada como **Erico Batista de Almeida,** com relato de colisão moto x carro, no município de Aracaju.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Aracaju** realizou atendimento no local, e em seguida removeu para o **Hospital de Urgência de Sergipe** município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 01 de Novembro de 2019

Karina Andrade de Mendonça
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM-SE 2057

Dra. Karina Andrade de Mendonça
Infectologista
CRM-SE 2057

Karina Andrade de Mendonça

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

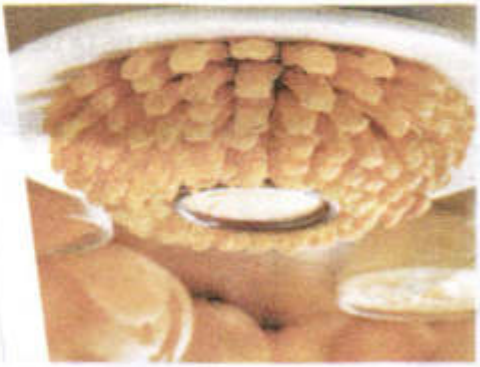
CLIENTE: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07811

CONTA: 000000012420-0

Autenticação:
E7F976D45EC507CE4E6494A23C203E37E16BA57AB8164664A2BBEFC53DE468F9



OUTBACK STEAKHOUSE

Vivo Valoriza e Outback.
A parceria está de volta com um benefício delicioso.

Na compra de um prato principal no restaurante, você ganha um dos tradicionais aperitivos da casa*. Benefício válido de segunda a quinta-feira*, o dia todo.

Aproveite!

Acesse o **Meu Vivo**, clique no **Menu Gastronomia** e resgate **o seu voucher**.

*Válido para o Bloomin' Onion®, Cebolinha Frita® ou Dip Kim. **Válido apenas** com a compra de uma porção de 2* a 5*, menos Bistecca, mediante apresentação de voucher. Não cumulativo com outras promoções. Válido para apenas 1 (um) voucher por mesa.

vivo

Patrocinadora Oficial da Seleção dos Brasileiros.

#JOGUEJUNTO

FAC
Vivo
Correios

Devolução Eletrônica
Correios

CDD ARACAJU ZONA NORTE SE
ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA
R A, 50
PALESTINA
49060-673 ARACAJU - SE

AD: 54127666

7213148850 27266 00000347666 30 030918

Vencimento:
11/09/2018
Postagem:
03/09/2018

Cadastre-se no Conta Online. Saiba mais.

Baixe o leitor de QR Code para seu celular em leitorvivo.com.br

dialogando vivo

PARA USO DOS CORREIOS

01 - MUDOU-SE
02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE
03 - NÃO EXISTE Nº INDICADO
04 - FALECIDO
05 - DESCONHECIDO
06 - RECUSADO
07 - AUSENTE
08 - NÃO PROCURADO
09 - OBJETO DANIFICADO
10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
11 - FALTA COMPLEMENTO COLETIVO / GAD
12 - CAIXA POSTAL CANCELADA

Entregues ao Serviço Postal em: ___/___/___
Rubrica do Responsável
Matrícula

FSC MIXTO Paper PQP-C-13396

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.054.668-0 2.VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/03/2013

NOME
ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

FILIAÇÃO
LUIZ GONZAGA DE ALMEIDA
EDINALVA BATISTA DE ALMEIDA

NATURALIDADE
PATOS-PB

DATA DE NASCIMENTO
10/07/1977

DOC ORIGEM
CT. NASCIM. 072041015519771000061340005650 17
CART.DIST.COM PATOS/PB.

CPF
933.602.745-04

PIS
126228257 67

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - SE — Nº 015544374256

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
1	0089223180		2019

NOME: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

CPF / CNPJ	PLACA
933.682.745-04	NVG7873

PLACA ANT / UF	CHASSI
NVG7673/SE	9C2NC4310BR108757

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CB 300R	2011	2011

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
298CV/291CC	PARTIC	AZUL

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
PAGO	********	1ª ********
FAIXA I.P.V.A	PARCELAMENTO / COTAS	2ª ********
******	**********	3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS			

SEGURO OBRIGATÓRIO

PBT 34

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

MOTOR: MC43E1B100757 — APRESENTAR PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL		DATA
ARACAJU-SE	ABNER MELO SILVA DIRETOR PRESIDENTE	19/07/2019

CONTRAN

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

SE Nº 015544374256 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	19/07/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
**	933.682.745-04	NVG7873

RENAVAM	MARCA / MODELO
0089223180	HONDA/CB 300R

ANO FAB	CAT TARIF	Nº CHASSI
2011	9	9C2NC4310BR108757

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
36,04	4,00	40,05

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	19/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DENATRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058561 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA **Data do acidente:** 09/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO.
ROTURA AVULSIVA DE ALTO GRAU EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.04/06/07/

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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**

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Erico Luiz Batista de Almeida

DATA DO ACIDENTE 09.10.2019 CPF DA VÍTIMA 933.602.715-04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Erico Luiz Batista de Almeida

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Erico Luiz Batista de Almeida

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua A

Nº 50 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Palestina

CIDADE Aracaju UF SE CEP 49060-673

E-MAIL _____ TELEFONE (79) 3222-0817

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL). OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31.01.2020

IDENTIDADE 3.054.668-0

ASSINATURA [illegible]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Erico Luiz Batista de Almeida
Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: Solteiro
Profissão: Caldeireiro
Identidade: 3.054.668-0 CPF: 933.602.745-04
Endereço: Rua A nº 50
Bairro: Palestina Cidade: Aracaju
Estado: Sergipe CEP: 49060-673

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade n° 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física n° 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB n°13.646, domiciliado na Rua F4 n°430, bairro São Conrado, Aracaju, Sergipe, CEP 49042-230.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vitima:

Erico Luiz Batista de Almeida

Local: Aracaju UF: SE Data: 09 de junho de 2020.

Erico Luiz Batista de Almeida

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182130/20

Número do Sinistro: 3200232790

Vítima: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

Data do acidente: 09/10/2019

CPF: 933.602.745-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/07/2020	Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA	Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 067.127.729-40	CPF: 749.689.716-72
JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA	GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182130/20

Vítima: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

Data do acidente: 09/10/2019

CPF: 933.602.745-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA : 067.127.729-40

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

ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA : 933.602.745-04

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 30/06/2020	Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA	Nome: PAOLA LARISSA BREDA
CPF: 067.127.729-40	CPF: 071.930.319-29
JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA	PAOLA LARISSA BREDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047836/20

Vítima: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

Data do acidente: 09/10/2019

CPF: 933.602.745-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA : 933.602.745-04

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 04/02/2020	Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA	Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 933.602.745-04	CPF: 098.038.499-05
ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA	MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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.

Número do Sinistro: ***3200232790***

Nome do(a) Examinado(a): ***ERICO LUIZ BATISTA DE ALMEIDA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***R A, 50 - Aracaju - SE - CEP 49070-073***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /SE***] ***3.054.668-0***

Data e local do acidente: [***09/10/2019***] ***ARACAJU/SERGIPE***

Data e local do exame: [***07/07/2020***] ***Aracaju*** [***SE***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA BACIA COM DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBICA. TRAUMA DO TORNOZELO À DIREITA (COM LESÃO POR ESTIRAMENTO GRAU II DO TENDÃO FIBULAR LONGO NA RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA).

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO, MACHA CLAUDICANTE (++/+4), DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR, PEQUENA ATROFIA MUSCULAR, EDEMA, CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO. MOVIMENTOS PRESERVADOS EM AMBOS OS QUADRIS.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM TALA GESSADA. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[***X***] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo direito
% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**** RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA QUE REVELA TORNOZELO COM LESÃO POR ESTIRAMENTO GRAU II DO TENDÃO FIBULAR LONGO ASSOCIADO A DISTENSÃO LÍQUIDA (TENOSSINOVITE) DE TORNOZELO. ** RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA QUE REVELA OMBRO COM RUPTURA COM AVULSÃO PARCIAL ANTERO POSTERIOR E LATEROMEDIAL DO SUPRAESPINHOSO E ESPESSAMENTO DO LIGAMENTO CORACO ACRÔMIAL, LESÃO DEGENERATIVA EM OMBRO ESQUERDO (OSTEOARTROSE), SENDO ASSIM, NÃO HÁ COMO ESTABELECER DIRETAMENTE O NEXO CAUSAL (SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL).***

Manoel Otacílio Nascimento Júnior

NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE