
Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323643

Vítima: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323643

Vítima: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001650-0

Conta: 0000029953-7

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 160.160.674-58 3 - CPF da vítima: 160.160.674-58 4 - Nome completo da vítima: Ricardo de Souza Nascimento

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

5 - Nome completo: Ricardo de Souza Nascimento 6 - CPF: 160.160.674-58
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio chã do Arroz 9 - Número: 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Bom Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.730-000
15 - E-mail: cleide-marques@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 81-9993-2863

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 1650 0 CONTA: 29.953 7
(Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não habilitado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bom Jardim, 31/05/2010
X Ricardo de Souza Nascimento
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

28/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:28:32
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: RICARDO NASCIMENTO

AGENCIA: 1650-0 CONTA : 29.953-7

=====

DATA :	28/08/2020
NR. DOCUMENTO	165074226122832
VALOR DINHEIRO	6,00
VALOR TOTAL	6,00
QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS	3

=====

NR. AUTENTICACAO 4.A21.06C.96F.45D.26F

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Conta Corrente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0207000317

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/07/2020 às 14:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/5/2020 às 17:00

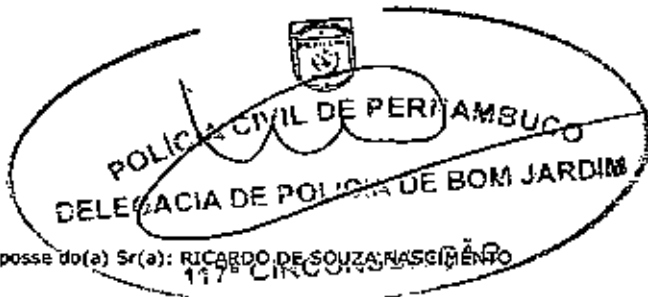
Fato ocorrido no endereço: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SÍTIO CHA DO ARROZ DE BOM JARDIM-PE -
Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO A ESCOLA
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ALISSON MARCOS CRUZ DOS SANTOS (OUTRO)
RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO



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

RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLI SOUZA DA SILVA Pai: RAIMUNDO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 29/11/2000 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 11408759/SDS/PE (RG), 16016087458 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 95977005

Motivo da Viagem: OUTROS

Endereço Residencial: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SÍTIO CHA DO ARROZ DE BOM JARDIM-PE - CEP: 55730000 -
Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A ESCOLA

ALISSON MARCOS CRUZ DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA SOLERIA DA CRUZ SILVA Pai: ROGERIO DIAS DOS SANTOS Data de Nascimento: 13/9/1999 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10430565/SDS/PE (RG), 13859586430 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Motivo da Viagem: OUTROS
Endereço Residencial: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SÍTIO CHA DO ARROZ DE BOM JARDIM-PE - CEP: 55730000 -
Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A ESCOLA

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALISSON MARCOS CRUZ DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i Objeto apreendido: Não

Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDL9496 (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: 110227080 Chassi: 9C2JB0400KR117338

Ano Fabricação/Modelo: 2019/2019 Combustível: GASOL/ENV

Descrição: RENAVAN-1102270808,

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM DO SÍTIO CHA DO ARROZ, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA E CONDUTOR NÃO ANOTADOS, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, VEIO EM SUA DIREÇÃO, COLIDINDO LATERALMENTE NA MOTO QUE A VÍTIMA PILOTAVA, CAUSANDO SUA QUEDA AO SOLO, SOFRENDO LESÕES E ESCORIAÇÕES E DANOS NA MOTO. ADUZ QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU LOCAL, PARA O HOSPITAL DE BOM JARDIM E DE LÁ REMOVIDO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA.

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

RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO
(VÍTIMA)

Ricardo de Souza Nascimento

B.O. registrado por: **MANOEL BEZERRA DA COSTA** Matrícula: **3810240**



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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: 21/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01650-0

CONTA: 000000029953-7

Nr. da Autenticação ADE2195E4562343F

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ricardo de Souza Nascimento

RG nº 11.409.759, data de expedição 22/06/2020 Órgão SOS/PE,

CPF nº 160.160.674-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>sítio chá do Arroz</u>
Número	<u>38</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-99993-2863</u>
E-mail	<u>cleyde.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 31/08/2020

Assinatura do Declarante: X Ricardo de Souza Nascimento

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE CEP 53050-802
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Ins. Est. 005543-93 | www.cespe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CARA DE AMOR 38

ZONA RURAL BOM JARDIM BOM JARDIM R
BOM JARDIM FE
\$5730-000

CÓDIGO AUTORIZADO		FECHA DE EMISIÓN	
2758671018		06/2020	
CÓDIGO DE VALORACIÓN		FECHA DE VALORACIÓN	
19/06/2020		13/07/2020	
TOTAL A PAGAR		2.59	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TU5D ate 30 kWh	30,00000000	0,00000000	0,00
Consumo-TU5D superior a 30 ate 100 kWh	36,00000000	0,00000000	0,00
Consumo-TE ate 30 kWh	30,00000000	0,00000000	0,00
Consumo-TE Superior a 30 ate 100 kWh	36,00000000	0,00000000	0,00
Contrib. Iam: Pólio e Muroz (at 9%)			2,58

TOTAL DA FATURA	2,50
-----------------	------

MÓD.	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		MÓD. DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
312001107	CAF	14-06-2020	328608	17-06-2020	328608	0	1.0000		00,00

DATE	TIME	LOCATION	TYPE	STATUS	REMARKS
JUN 23	06				
MAY 20	01				
APR 20	03				
MAR 20	24				
FEB 20	72				
JAN 20	57				
DEC 19	78				
NOV 19	51				
OCT 19	74				
SEP 19	03				
AUG 19	06				
JUL 19	31				
JUN 19	41				

00F 860 QMS C 005 7507 C 004 0055 D 018

1. Principio de la vida humana: el ser humano es un ser vivo, sensible, racional, libre, digno de respeto y de consideración. Por lo tanto, el médico debe respetar la vida humana en todas sus manifestaciones, desde el momento de la concepción hasta la muerte. Este principio es el fundamento de la ética médica y de la legislación sanitaria.

1. IDENTIFICATION

1.1. NAME (Last, first, middle initial): [REDACTED]

1.2. DATE OF BIRTH (Month, day, year): [REDACTED]

1.3. PLACE OF BIRTH (City, state, country): [REDACTED]

1.4. EDUCATION (Degree, institution, year): [REDACTED]

1.5. EMPLOYMENT (Employer, position, dates): [REDACTED]

1.6. RESIDENCE (Address, city, state, zip): [REDACTED]

1.7. CONTACT INFORMATION (Phone, fax, email): [REDACTED]

1.8. REFERENCES (Name, address, phone, email): [REDACTED]

2. STATEMENT

2.1. STATEMENT OF WORK (Description of work, dates, location): [REDACTED]

2.2. STATEMENT OF RESULTS (Description of results, dates, location): [REDACTED]

2.3. STATEMENT OF CONCLUSIONS (Description of conclusions, dates, location): [REDACTED]

2.4. STATEMENT OF RECOMMENDATIONS (Description of recommendations, dates, location): [REDACTED]

2.5. STATEMENT OF OTHER INFORMATION (Description of other information, dates, location): [REDACTED]

3. SIGNATURE

3.1. SIGNATURE OF [REDACTED] (Signature, date): [REDACTED]

3.2. SIGNATURE OF [REDACTED] (Signature, date): [REDACTED]

4. APPENDICES

4.1. APPENDIX A (Description of appendix A, dates, location): [REDACTED]

4.2. APPENDIX B (Description of appendix B, dates, location): [REDACTED]

4.3. APPENDIX C (Description of appendix C, dates, location): [REDACTED]

4.4. APPENDIX D (Description of appendix D, dates, location): [REDACTED]

4.5. APPENDIX E (Description of appendix E, dates, location): [REDACTED]

4.6. APPENDIX F (Description of appendix F, dates, location): [REDACTED]

4.7. APPENDIX G (Description of appendix G, dates, location): [REDACTED]

4.8. APPENDIX H (Description of appendix H, dates, location): [REDACTED]

4.9. APPENDIX I (Description of appendix I, dates, location): [REDACTED]

4.10. APPENDIX J (Description of appendix J, dates, location): [REDACTED]

4.11. APPENDIX K (Description of appendix K, dates, location): [REDACTED]

4.12. APPENDIX L (Description of appendix L, dates, location): [REDACTED]

4.13. APPENDIX M (Description of appendix M, dates, location): [REDACTED]

4.14. APPENDIX N (Description of appendix N, dates, location): [REDACTED]

4.15. APPENDIX O (Description of appendix O, dates, location): [REDACTED]

4.16. APPENDIX P (Description of appendix P, dates, location): [REDACTED]

4.17. APPENDIX Q (Description of appendix Q, dates, location): [REDACTED]

4.18. APPENDIX R (Description of appendix R, dates, location): [REDACTED]

4.19. APPENDIX S (Description of appendix S, dates, location): [REDACTED]

4.20. APPENDIX T (Description of appendix T, dates, location): [REDACTED]

4.21. APPENDIX U (Description of appendix U, dates, location): [REDACTED]

4.22. APPENDIX V (Description of appendix V, dates, location): [REDACTED]

4.23. APPENDIX W (Description of appendix W, dates, location): [REDACTED]

4.24. APPENDIX X (Description of appendix X, dates, location): [REDACTED]

4.25. APPENDIX Y (Description of appendix Y, dates, location): [REDACTED]

4.26. APPENDIX Z (Description of appendix Z, dates, location): [REDACTED]

5. NOTES

5.1. NOTE 1 (Description of note 1, dates, location): [REDACTED]

5.2. NOTE 2 (Description of note 2, dates, location): [REDACTED]

5.3. NOTE 3 (Description of note 3, dates, location): [REDACTED]

5.4. NOTE 4 (Description of note 4, dates, location): [REDACTED]

5.5. NOTE 5 (Description of note 5, dates, location): [REDACTED]

5.6. NOTE 6 (Description of note 6, dates, location): [REDACTED]

5.7. NOTE 7 (Description of note 7, dates, location): [REDACTED]

5.8. NOTE 8 (Description of note 8, dates, location): [REDACTED]

5.9. NOTE 9 (Description of note 9, dates, location): [REDACTED]

5.10. NOTE 10 (Description of note 10, dates, location): [REDACTED]

5.11. NOTE 11 (Description of note 11, dates, location): [REDACTED]

5.12. NOTE 12 (Description of note 12, dates, location): [REDACTED]

5.13. NOTE 13 (Description of note 13, dates, location): [REDACTED]

5.14. NOTE 14 (Description of note 14, dates, location): [REDACTED]

5.15. NOTE 15 (Description of note 15, dates, location): [REDACTED]

5.16. NOTE 16 (Description of note 16, dates, location): [REDACTED]

5.17. NOTE 17 (Description of note 17, dates, location): [REDACTED]

5.18. NOTE 18 (Description of note 18, dates, location): [REDACTED]

5.19. NOTE 19 (Description of note 19, dates, location): [REDACTED]

5.20. NOTE 20 (Description of note 20, dates, location): [REDACTED]

5.21. NOTE 21 (Description of note 21, dates, location): [REDACTED]

5.22. NOTE 22 (Description of note 22, dates, location): [REDACTED]

5.23. NOTE 23 (Description of note 23, dates, location): [REDACTED]

5.24. NOTE 24 (Description of note 24, dates, location): [REDACTED]

5.25. NOTE 25 (Description of note 25, dates, location): [REDACTED]

5.26. NOTE 26 (Description of note 26, dates, location): [REDACTED]

5.27. NOTE 27 (Description of note 27, dates, location): [REDACTED]

5.28. NOTE 28 (Description of note 28, dates, location): [REDACTED]

5.29. NOTE 29 (Description of note 29, dates, location): [REDACTED]

5.30. NOTE 30 (Description of note 30, dates, location): [REDACTED]

5.31. NOTE 31 (Description of note 31, dates, location): [REDACTED]

5.32. NOTE 32 (Description of note 32, dates, location): [REDACTED]

5.33. NOTE 33 (Description of note 33, dates, location): [REDACTED]

5.34. NOTE 34 (Description of note 34, dates, location): [REDACTED]

5.35. NOTE 35 (Description of note 35, dates, location): [REDACTED]

5.36. NOTE 36 (Description of note 36, dates, location): [REDACTED]

5.37. NOTE 37 (Description of note 37, dates, location): [REDACTED]

5.38. NOTE 38 (Description of note 38, dates, location): [REDACTED]

5.39. NOTE 39 (Description of note 39, dates, location): [REDACTED]

5.40. NOTE 40 (Description of note 40, dates, location): [REDACTED]

5.41. NOTE 41 (Description of note 41, dates, location): [REDACTED]

5.42. NOTE 42 (Description of note 42, dates, location): [REDACTED]

5.43. NOTE 43 (Description of note 43, dates, location): [REDACTED]

5.44. NOTE 44 (Description of note 44, dates, location): [REDACTED]

5.45. NOTE 45 (Description of note 45, dates, location): [REDACTED]

5.46. NOTE 46 (Description of note 46, dates, location): [REDACTED]

5.47. NOTE 47 (Description of note 47, dates, location): [REDACTED]

5.48. NOTE 48 (Description of note 48, dates, location): [REDACTED]

5.49. NOTE 49 (Description of note 49, dates, location): [REDACTED]

5.50. NOTE 50 (Description of note 50, dates, location): [REDACTED]

5.51. NOTE 51 (Description of note 51, dates, location): [REDACTED]

5.52. NOTE 52 (Description of note 52, dates, location): [REDACTED]

5.53. NOTE 53 (Description of note 53, dates, location): [REDACTED]

5.54. NOTE 54 (Description of note 54, dates, location): [REDACTED]

5.55. NOTE 55 (Description of note 55, dates, location): [REDACTED]

5.56. NOTE 56 (Description of note 56, dates, location): [REDACTED]

5.57. NOTE 57 (Description of note 57, dates, location): [REDACTED]

5.58. NOTE 58 (Description of note 58, dates, location): [REDACTED]

5.59. NOTE 59 (Description of note 59, dates, location): [REDACTED]

5.60. NOTE 60 (Description of note 60, dates, location): [REDACTED]

5.61. NOTE 61 (Description of note 61, dates, location): [REDACTED]

5.62. NOTE 62 (Description of note 62, dates, location): [REDACTED]

5.63. NOTE 63 (Description of note 63, dates, location): [REDACTED]

5.64. NOTE 64 (Description of note 64, dates, location): [REDACTED]

5.65. NOTE 65 (Description of note 65, dates, location): [REDACTED]

5.66. NOTE 66 (Description of note 66, dates, location): [REDACTED]

5.67. NOTE 67 (Description of note 67, dates, location): [REDACTED]

5.68. NOTE 68 (Description of note 68, dates, location): [REDACTED]

5.69. NOTE 69 (Description of note 69, dates, location): [REDACTED]

5.70. NOTE 70 (Description of note 70, dates, location): [REDACTED]

5.71. NOTE 71 (Description of note 71, dates, location): [REDACTED]

5.72. NOTE 72 (Description of note 72, dates, location): [REDACTED]

5.73

Vozes de	GARANTIA VIGILÂNCIA	VALOR PREVISTO R\$ MILHÕES	LÍMITE MATERIAL	LÍMITE FISCAL	LÍMITE ANUAL	TENDÊNCIA GERAL (%)	LÍMITE DE VIGILÂNCIA (%)	
							GERAL	ALTO
ENC		0,00	18,0	22,7	45,24	230	202	234
PRD		0,00	7,6	10,4	30,40			
ESSE		0,00	6,3	0,0	0,00			
Totais ENC		10,00						

R\$ MIL - Valor em Dólar de Lira do Sudão em Outubro de 1973 - 1:10,00

CONTA CONTRATO	MESURNO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
----------------	---------	--------------------	---------------------

BANCO DO BRASIL S/A PAGÁVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA

00190.00008 03217 475016 09088.880170 5 8281000000268				
PAGADOR: CPF (CPF) ENDEREÇO		058.771.854-46		
MARLI SOUZA DA SILVA				
SI CHACARA DO ARROZ 38				
55730-000 BOM JARDIM RE				
Identificação do Documento	Valor do Documento	Valor da Operação	Data de Vencimento	Valor do Documento
3217475010900880	507282529	2759671018	18/08/2020	2,59
Modelo 1000				
COMPANHIA ENERGETICA DE PERNAMBUCO S/A				
CNPJ 10.835.932/0001-08				

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alisson Marcos Cruz dos Santos

RG nº 10.430.565, data de expedição 14/07/2016

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 138.885.884-30, com domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Chã do Arroz, nº 5/11.

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Ricardo de Souza Nascimento cujo o condutor era Ricardo de Souza Nascimento

Veículo: motocicleta Honda Pop 110 I

Modelo: 2019

Ano: 2019

Placa: PDL-9496

Chassi: 9C2JB0100KR117338

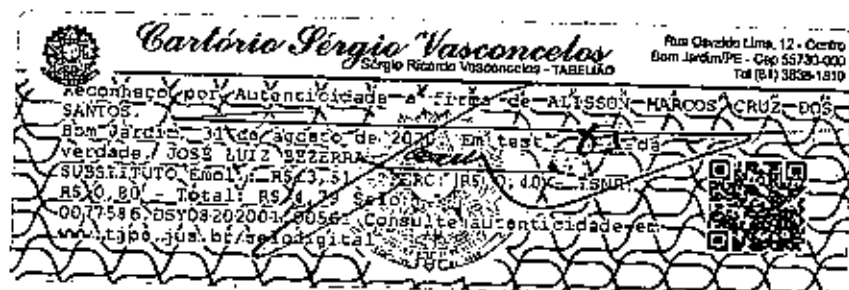
Data do Acidente: 22/05/2020

Local e Data: Bom Jardim, 31 de agosto de 2020.

Alisson Marcos Cruz dos Santos
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Ricardo de Souza Nascimento, filho de Raimundo Francisco do Nascimento e Marli Souza da Silva. Sexo Masculino, 19 anos, (INDIVÍDUO NÃO POSSUI RG E CPF), residente no Sítio Chã do Arroz, Zona Rural, Bom Jardim – PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

- 22/05/2020 às 17h39, ocorrência S 814147.
- Ocorrência em via pública, não relacionada ao trabalho. A vítima era o condutor do veículo, tendo colidido com outra motocicleta e fazia uso de capacete. Vítima não apresentava hálito alcoólico.
- No momento do atendimento apresentava vias aéreas livres, respiração normal, pulso presente e cheio, boa perfusão periférica, saturação de O₂ = 99% em ar ambiente, coloração da pele normal, estado neurológico normal (Escore de Glasgow = 15). Pressão Arterial = 120x90 mmHg e dor em membro inferior direito.

Paciente conforme registros foi vítima de acidente automobilístico (COLISÃO MOTO X MOTO).

Realizado PROTOCOLO DE TRAUMA E CONDUZIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, no município de Bom Jardim – PE. Posteriormente foi removido para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS.

Bom Jardim – PE, 10 de Julho de 2020.

Willames Batista da Silva
COREN-PE 499.974 - ENF

Willames Batista da Silva
COREN-PE: 499.974 - ENF

Coordenador do SAMU Bom Jardim



PREFEITURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

38

Data	22-05-2020	Hora	18:26	Registro	688088
Nome	Ricardo da Souza Nascimento				
Endereço	Sitio Ilha do Arroz			Referência	
Bairro	Cidade			Profissão	
Idade	19a	Sexo	M	Cor	
Responsável	Marta da Souza				
Endereço Responsável	O mesmo			Fone:	
Nascimento	29-11-2000	SUS:	204.246129700004		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☐ Outro ☐ Ignorado
MODO ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ AGRESSÃO

POR ☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado
MODO ☐ Assalto Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM ☐ Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

☐ Arma de Fogo ☐ Enforcamento ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

☐ Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimaduras ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ LOCAL DE OCORRÊNCIA

☐ Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado

QUEIXAS

Paciente vítima de acidente de trânsito - moto - há 30 dias. Refere dor no dorso da cabeça, região occipital e nuca. Dor com movimento de cabeça.

EXAME FÍSICO

PA 120x80 PESO 65 kg FCE 87 PULSO 92 bpm TEMPERATURA 36,3°C

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Encefalopatia traumática? / TCE em fase aguda

PROCEDIMENTOS

1) Exame físico 2) Exame de fundo de olho 3) Exame de audiometria 4) Tomografia

MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. Rafaela D. M. Medeiros

CÓDIGO

01 - 02 - 03 - 04 - 05 - 06 - 07 - 08 - 09 - 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 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

Prontuário: 01148614

Data de Nascimento: 29/11/2000

Idade: 19a 6m 19d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA CID 10 S82

Feito o Exame de RX PERNA DIREITA EM AP+ PERFIL, EVIDENCIANDO FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Observação:

PCTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 22/5/2020, REALIZOU TRATAMENTO DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA COM HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA BLOQUEADA COM DR LUIS MORAIS 27/5/2020. EVOLUI BEM, AINDA SENTE DOR AO PISAR E FAZ USO DE MULETA, DEIXO QUESTÕES TRABALHISTA PARA ANÁLISE DA PERÍCIA.

Dr. Bruno Torban
Médico
CRM-26817

Recife, 18 DE JUNHO DE 2020

BRUNO TORBAN - CRM: Nº.26817

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordão - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO		01148614	204246129700
849269	MASCULINO	19a 5m 29d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPÉDIA/TRAUMATO

— **Diagnóstico:** _____
FRATURA DIAFISÁRIA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

— **Tratamento:** _____
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA COM HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA BLOQUEADA DR
LUIS MORAIS 27/5/20

— **Obs:** _____
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA + CARGA PRECOCE + Retorno Ambulatorial em 15 dias
DR Bruno Torban

— **Condições Clínicas (no momento da Alta)** _____
MELHORADA

Dr. Bruno Torban
Médico
CRM-26817

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
23/05/2020	29/05/2020

Recife, 29 DE MAIO DE 2020

Dr. Bruno Torban
Médico
CRM-26817

BRUNO TORBAN - CRM: Nº.26817



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Ricardo de Souza Casamento</i>				REGISTRO: <i>1148619</i>	
IDADE: <i>19</i>	SEXO: <i>Mas</i>	CLÍNICA: <i>50T</i>	Nº.	ENFERMARIA: <i>LEITO</i>	EMERGÊNCIA: <i>LEITO</i>
AMBULATÓRIO:					

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

Pós op

EXAME(S) REQUISITADO(S):

Rx Rerna Direita AP+Perfil

URGÊNCIA ☐	ROTINA ☐	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO <i>Dr. Bruno Torban</i> Médico CRM-26817
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	



Nome: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO
HOSPITAL GETULIO VARGAS

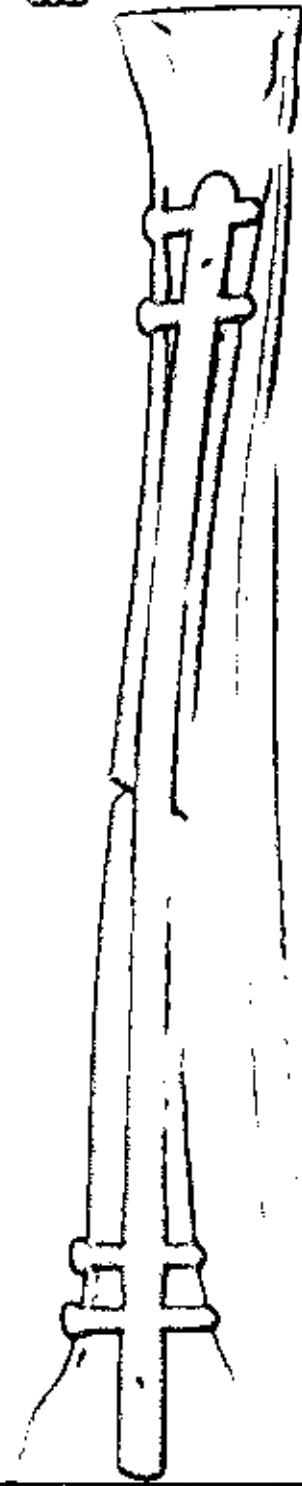
Masculino
Data: 28/5/2020 14:41 nasc

ID: 1148614

Tec

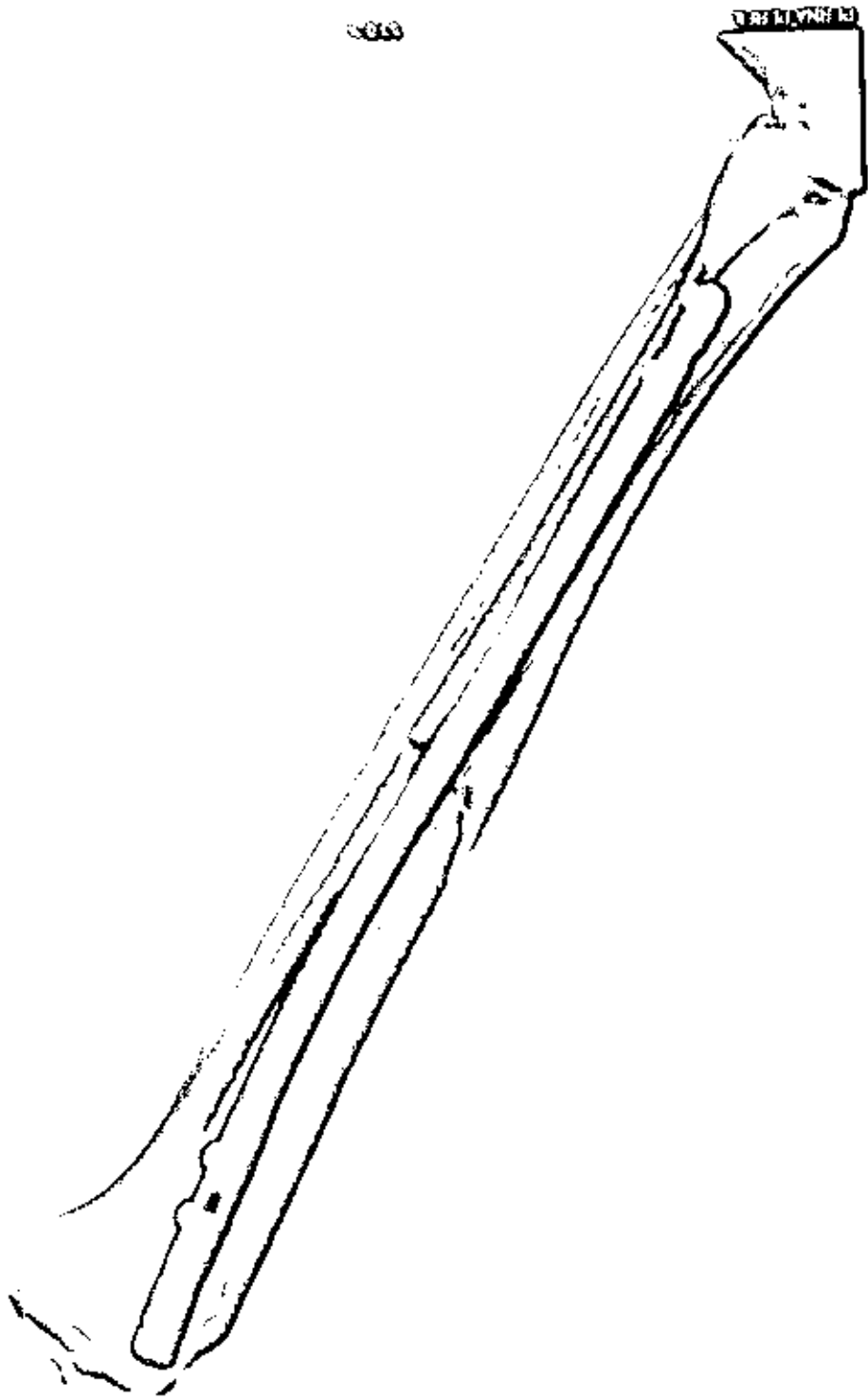


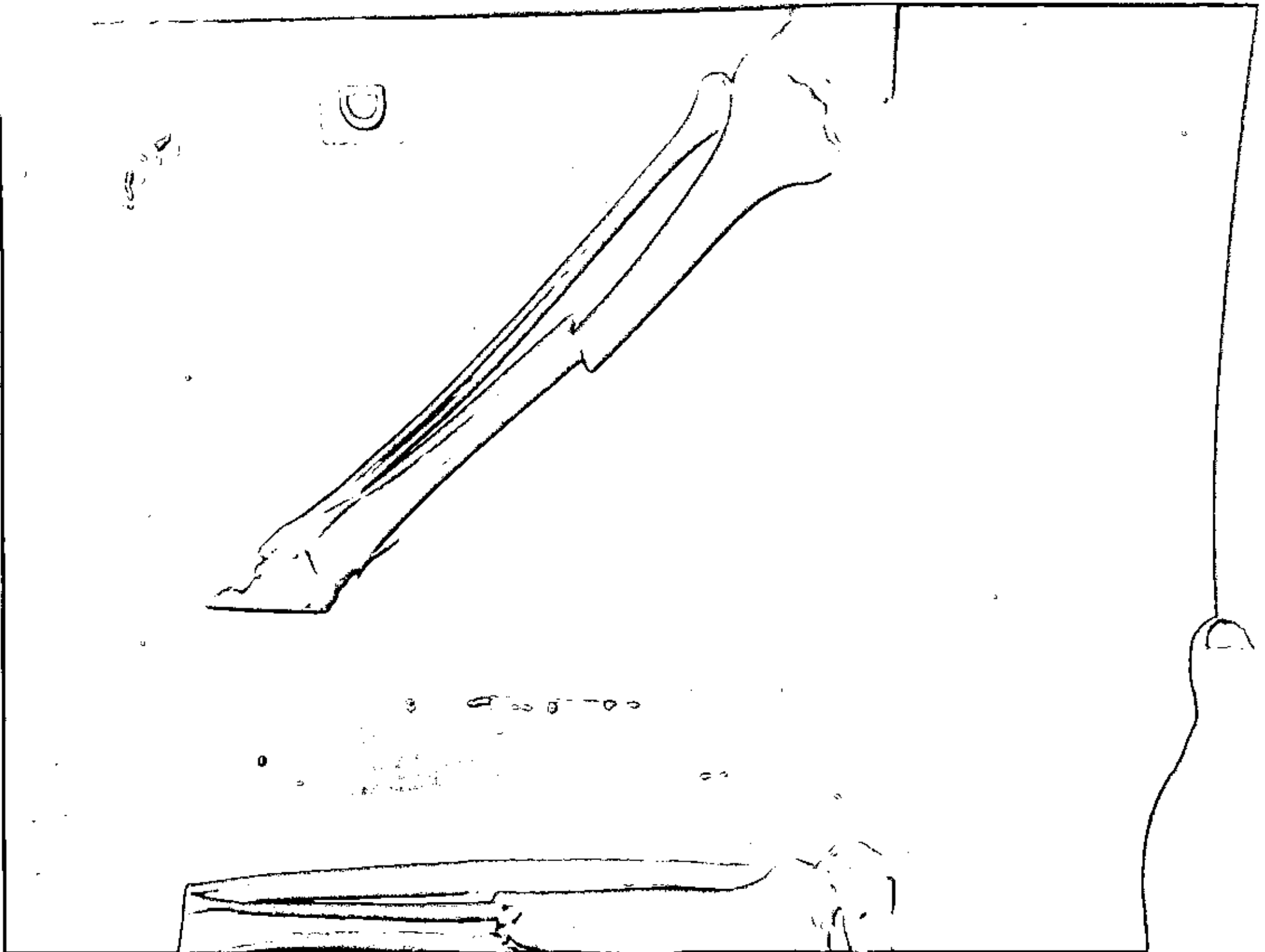
000

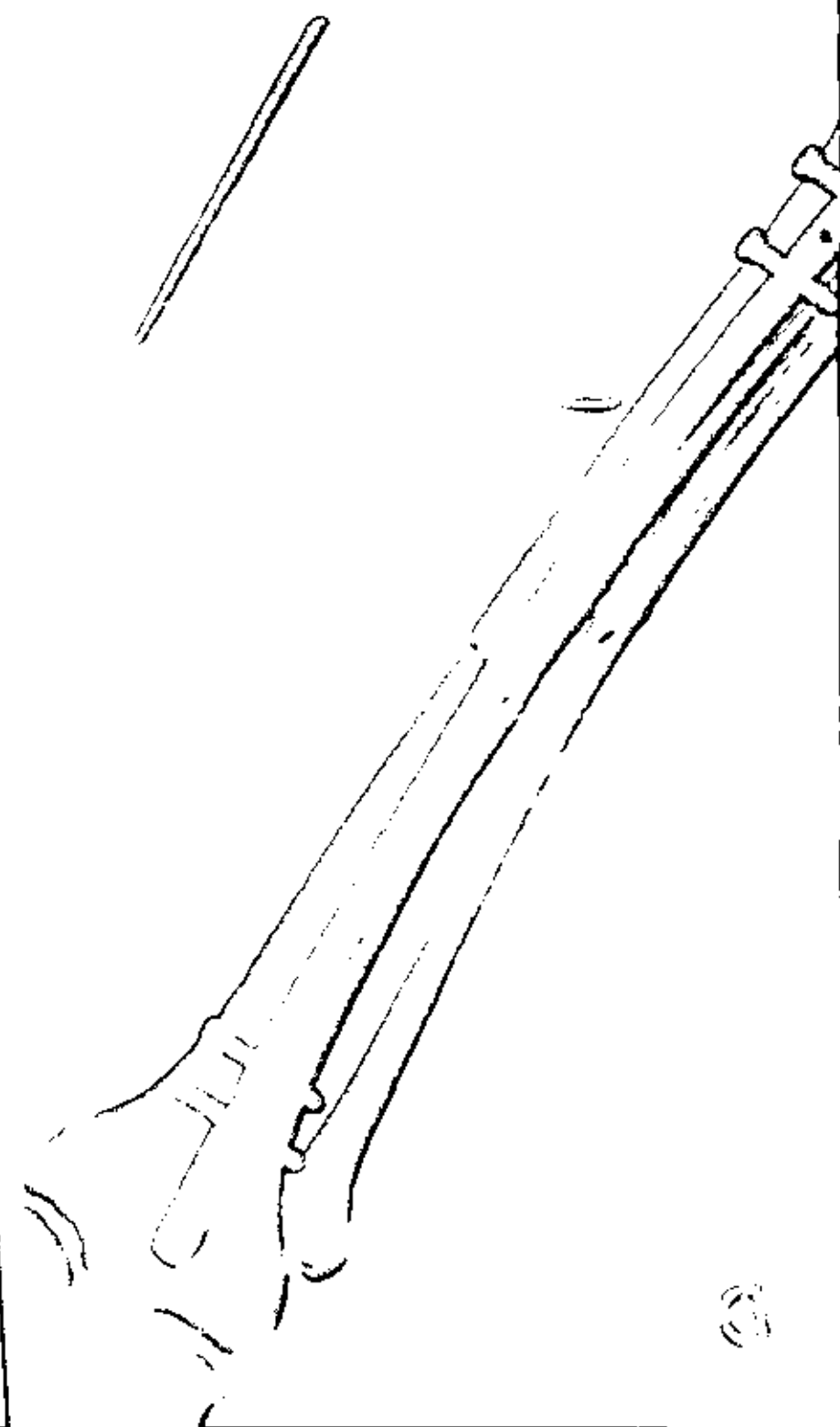
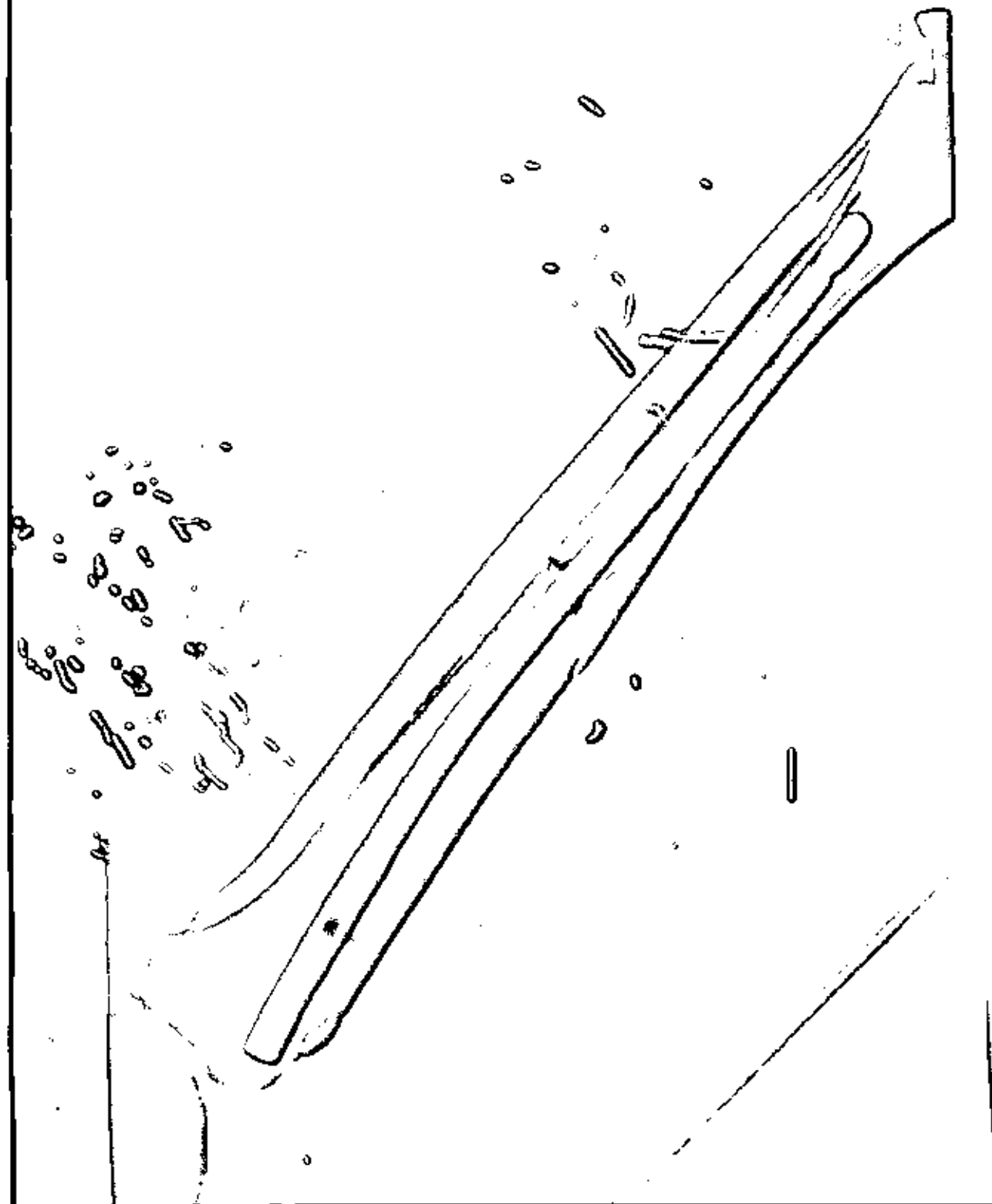


PLANTA 13 B L

000







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUAS

NOME: **Ricardo de Souza Nascimento**



FILIAÇÃO: **Reinaldo Francisco do Nascimento**
Mãe: **Suza da Silva**

RESIDÊNCIA: **Bom Jardim - PE**
DATA NASCIMENTO: **29/11/2000** CÍRCULO REGISTRO: **29**
UNIVERSAL: **29**

Ricardo de Souza Nascimento
Assinatura

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.115 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL: **11.409.759** DATA DE EMISSÃO: **22/06/2020**

REGISTRO CIVIL: **21350 Liv A17 R1 251 Bom Jardim - PE 02/01/2001**

CPT: **160.160.674-58** UN: **160.160.674-58**

1. Registro: **59897010892** CÍRCULO: **29** SÉRIE: **16**

IDENTIDADE PROFISSIONAL: **59897010892**

CRIT. MÓDULO: **59897010892**

CMR: **59897010892** CR: **59897010892**

Polícia de Identificação
Assinatura

08R35

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014667222782
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 1192270806 RNTC: 2019 EXERCÍCIO: 2019

NOME: ALISSON MARCOS CRUZ DOS SANTOS

BOM JARDIM - PE

CPF/CNPJ: 138.885.884-30 PLACA: PDG9496

PLACA ANT./NOME: 138.885.884-30 CHASSI: 9C2JBD106YR117338

ESPECIE TIPO: PAS - MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110T

ANO/FAB: 2019 ANO/MOD: 19

CAP/POT/CIL: 29/109CL CATEGORIA: PARTIC CORP. PRECEDENTE: BRANCA

COTA ÚNICA: IPVA 2019 QUITADO 1º

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO/COTAS: 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80,11 OF (R\$): 23,84 PRÊMIO TOTAL (R\$): 103,95 DATA DE PAGAMENTO: 23/05/19

AL: E.T.D. ADM. C. NS ENAC HONDA L.T.P.A.

BOM JARDIM - PE

ROBERTO CARLOS MOREIRA MONTALLES

23/05/19

23/05/19

23/05/19

23/05/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
EM MOVIMENTOS DE VIA TERRESTRE HE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014667222782 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALISSON MARCOS CRUZ DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

BOM JARDIM - PE

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 23/05/19

CPF/CNPJ: 138.885.884-30 PLACA: PDG9496

RENAVAM: 1192270806 MARCA/MODELO: HONDA/POP 110T

ANO/FAB: 2019 ANO/MOD: 19

CHASSI: 9C2JBD106YR117338

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 36,05 DENATRAM (R\$): 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$): 40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 OF (R\$): 0,32 TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$): 84,58

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO: DATA DE QUITAÇÃO: 23/05/19

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

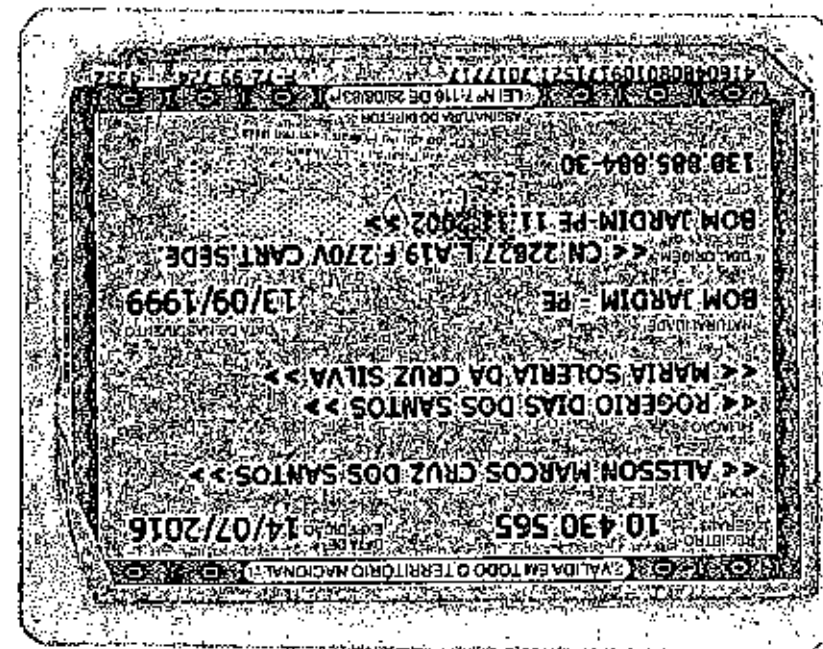
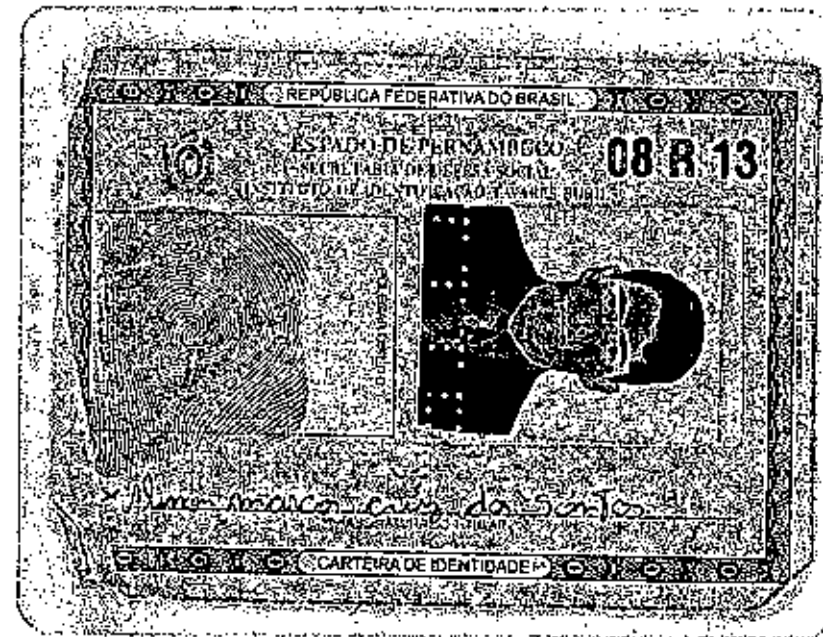
CNPJ: 09.248.808/0001-04

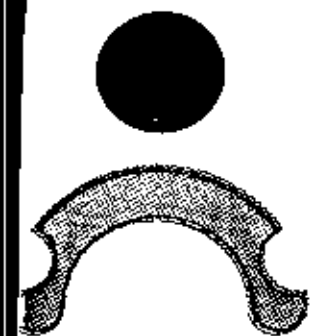
GUARDE O BILHETE DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



02.09

Correios **SEDEX**

PESO (kg) 0.045 AR MP

Recebido

Assinatura Documento

OD 81343097 2 BR



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient SEGURADORA LÍDER - DPVAT		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address Rua Senador Dantas, 74, 15º andar - Centro			
CEP / Zip 20031-205	CIDADE / City Rio de Janeiro	UF / State RJ	PAÍS / Country Brasil

ATENDIMENTO





Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 81 89 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Ricardo de Souza Nascimento			
ENDEREÇO / Address			
Sítio chá do Arroz, nº 38, Zona Rural			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
55730-000	Bom Jardim	PE	Brasil

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / / Responsável		

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (52) 3204-2900

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Ricardo de Souza Nascimento
Data do Acidente: 22/05/20 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 160.160.674-58

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originals)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Ricardo de Souza Nascimento
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 160.160.674-58
E-mail: cleide.marques@yahoo.com.br Tel.: 81-9993-2863
Data: 31/05/2020 Assinatura: Ricardo de Souza Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente: [Assinatura] Matrícula: ATC - III
Data: 31/05/2020 Assinatura: [Assinatura] Mat: 3.692.510-2

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254601/20

Vítima: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

CPF: 160.160.674-58

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/05/2020

Titular do CPF: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO : 160.160.674-58

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: 10/09/2020
Nome: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO
CPF: 160.160.674-58

RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200323643 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO **Data do acidente:** 22/05/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA DIREITA. P4,6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50