



Número: **0061120-12.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|--------------------|
| RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO (AUTOR) | | RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) | | | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | | |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 70351186 | 30/10/2020 11:54 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 1611905





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, 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

Pag. 01361/01362 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 443/2012

5 - Nome completo: Ricardo de Souza Nascimento 6 - CPF: 160.160.674-58

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio chá 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 CONTA: 29.953

(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 (assinale 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 (ou 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(viúvas)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não liberada

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, 31/05/2020

X Ricardo de Souza Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

3/7/2019

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 |
| Nº. DOCUMENTO | 165074226122832 |
| VALOR DINHEIRO | 6,00 |
| VALOR TOTAL | 6,00 |
| QUANTIDADE DE CÉDULAS 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 (Consumados) que aconteceu no dia 22/5/2020 às 17:00

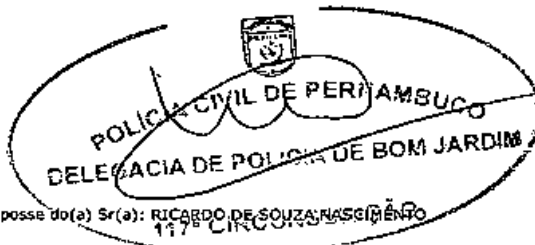
Fato ocorrido no endereço: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SÍTIO CHA DO ARROZ DE BOM JARDIM-PE -
Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO A ESCOLA
Local do Fato: VIA PUBLICA

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: 11409759/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: 13/09/1999 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10430565/SDS/PE (RG), 13850586430 (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: PDL9486 (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: 110227060 Chassi: 9C2JB0100KR117338
Ano Fabricação/Modelo: 2019/2019 Combustível: GASOL/GNV
Descrição: RENAVAL-1102270608,

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**



24/07/2020 14:37



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





Tarifa Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL E FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE CEP 50050-000
CNPJ 10.636.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARLI SOUZA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SITIO CHACARA DO ARROZ 3 E

CPF: 058.771.854-46 NIS: 1837227924

ZONA RURAL BOM JARDIM BOM JARDIM R
BOM JARDIM FE
55730-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO

| | | |
|---------------------|------------|------------|
| CONTRATO | 2759871018 | 06/2020 |
| DATA DE VIGÊNCIA | 19/08/2020 | 13/07/2020 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 2,59 | |

112149953 UNICA 12/02/2020
12/02/2020 10:25:04 42728

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | | | |
|--|-------------|-------------|------|
| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) | |
| Consumo TUSD ate 30 kWh | 30,0000000 | 0,00000003 | 0,00 |
| Consumo TUSD superior a 30 ate 100 kWh | 36,0000000 | 0,00000002 | 0,00 |
| Consumo TE ate 30 kWh | 30,0000000 | 0,00000003 | 0,00 |
| Consumo TE superior a 30 ate 100 kWh | 18,0000000 | 0,00000007 | 0,00 |
| Contrib. para a Manutenção | | | 2,59 |

TOTAL DA FATURA 2,59

| MPD | TURPO DA | ANTERIOR | ATUAL | MPD | CONSTANTE | ARFITE | CONSUMO (kWh) |
|-----------|----------|------------|---------|------------|-----------|--------|---------------|
| MEIDOR | FUNÇÃO | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | DIAS | |
| 759871018 | CAT | 14-05-2020 | 32808 | 17-08-2020 | 32840 | 10000 | 99,20 |

| DETALHAMENTO DE CARGOS E TAXAS | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------|------------|
| DATA | DESCRIÇÃO | VALOR (R\$) | PERCENTUAL |
| 01-08-2020 | Contribuição de Energia | 0,00 | 0,00% |
| 01-08-2020 | Transmissão | 0,00 | 0,00% |
| 01-08-2020 | Distribuição | 0,00 | 0,00% |
| 01-08-2020 | Perdas em Transmissão | 0,00 | 0,00% |
| 01-08-2020 | Perdas em Distribuição | 0,00 | 0,00% |
| 01-08-2020 | Contribuição para a Manutenção | 2,59 | 100,00% |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A nota fiscal é emitida em nome do cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento. O cliente deve manter esta nota fiscal em seu arquivo pessoal para fins de controle e fiscalização. A nota fiscal é emitida em nome do cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento. O cliente deve manter esta nota fiscal em seu arquivo pessoal para fins de controle e fiscalização.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSA PAGAR A CONTA EM ABERTO
A conta de energia pode ser paga em aberto, ou seja, sem a necessidade de emitir uma nota fiscal. Para isso, basta acessar o site www.celpe.com.br e seguir as instruções. A conta de energia pode ser paga em aberto, ou seja, sem a necessidade de emitir uma nota fiscal. Para isso, basta acessar o site www.celpe.com.br e seguir as instruções.

| VALORES DE PAGAMENTO | | | |
|----------------------|-------|---------|-------|
| CONSUMO | VALOR | CONSUMO | VALOR |
| CONSUMO | VALOR | CONSUMO | VALOR |
| CONSUMO | VALOR | CONSUMO | VALOR |

CONTA CONTRATO 2759871018 06/2020 DATA DE VIGÊNCIA 19/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 2,59

BANCO DO BRASIL S/A PAGÁVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA

| | |
|--|----------------|
| 00190.00009.03217.475016.09069.880170.5.82810000000259 | |
| PAGADOR (CPF/CNPJ) ENDEREÇO | 058.771.854-46 |
| MARLI SOUZA DA SILVA | |
| SITIO CHACARA DO ARROZ 3 E | |
| 55730-000 BOM JARDIM | |
| 32114750109009880 | 507282529 |
| 2759871018 | 19/08/2020 |
| 2,59 | |

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO S/A CNPJ 10.636.932/0001-08

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alisson Marcos Cruz dos Santos
RG nº 10.430.565, data de expedição 14/10/2016
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 5/112,
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)





**PREFEITURA DO
BOM JARDIM**



**FUNDO MUNICIPAL
DE SAÚDE**

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

PRAÇA 19 DE JULHO, S/N – CENTRO – BOM JARDIM/PE – CEP 55730-000 – CNPJ: 10.589.928/0001-07
FONE/FAX: 81 3638-1156 – email: saudebomjardim2017@gmail.com





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 Silva Nascimento | | | | |
| Endereço | Rua Lúcia Maria Arraes | | | Referência | |
| Bairro | Cidade | | | Profissão | |
| Idade | 19a | Sexo | M | Cor | |
| Responsável | Marta da Silva | | | Fone: | |
| Endereço Responsável | O mesmo | | | SUS: | 204.24612970.0004 |
| Nascimento | 29-11-2000 | | | | |

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

| | | | | | |
|---------|--|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| VEÍCULO | <input type="checkbox"/> Automóvel | <input type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Moto | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| MODO | <input type="checkbox"/> Atropelamento | <input type="checkbox"/> Colisão | <input type="checkbox"/> Capotagem | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Ignorado |

☐ AGRSSÃO

| | | | | | |
|------|--|--|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| POR | <input type="checkbox"/> Arma de Fogo | <input type="checkbox"/> Arma Branca | <input type="checkbox"/> Espancamento | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| MODO | <input type="checkbox"/> Assalto Briga | <input type="checkbox"/> Ação Policial | <input type="checkbox"/> Agressão Sexual | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Ignorado |

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

| | | | | | | |
|--------|---|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| ORIGEM | <input type="checkbox"/> Construção Civil | <input type="checkbox"/> Indústria | <input type="checkbox"/> Agricultura | <input type="checkbox"/> Comércio | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Ignorado |
|--------|---|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

☐ AUTO AGRSSÃO / SUICÍDIO

| | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arma de Fogo | <input type="checkbox"/> Enforcamento | <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Queda de Nível | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Ignorado |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|

☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental | <input type="checkbox"/> Queda Acidental | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Queimaduras | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Ignorado |
|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

☐ LOCAL DE OCORRÊNCIA

| | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Via Pública | <input type="checkbox"/> Domicílio | <input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho | <input type="checkbox"/> Escola | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Ignorado |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

QUEIXAS

paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões em membros superiores e inferiores, com dor no local de impacto.

EXAME FÍSICO

| | | | | | | | |
|----|--------|----|----|-------|--|-------------|--|
| PA | 120x80 | FC | 88 | PULSO | | TEMPERATURA | |
|----|--------|----|----|-------|--|-------------|--|

Placagem = 15
E.O.B. = 15
E.O.B. = 15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fratura de tíbia e fíbula? / TCE em membros superiores e inferiores

| | |
|---------------|--------|
| PROCEDIMENTOS | CÓDIGO |
|---------------|--------|

1) Sol. Exame
2) Exame de membros superiores e inferiores
3) Imobilização com gesso

| | |
|--------------------|--|
| MÉDICO RESPONSÁVEL | Dr. Rafael de Jesus MÉDICO CRM: 15.171 |
|--------------------|--|





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 diagnóstico 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 - Cordeliro - 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
ORTOPEDIA/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 PRECOZE

+ 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

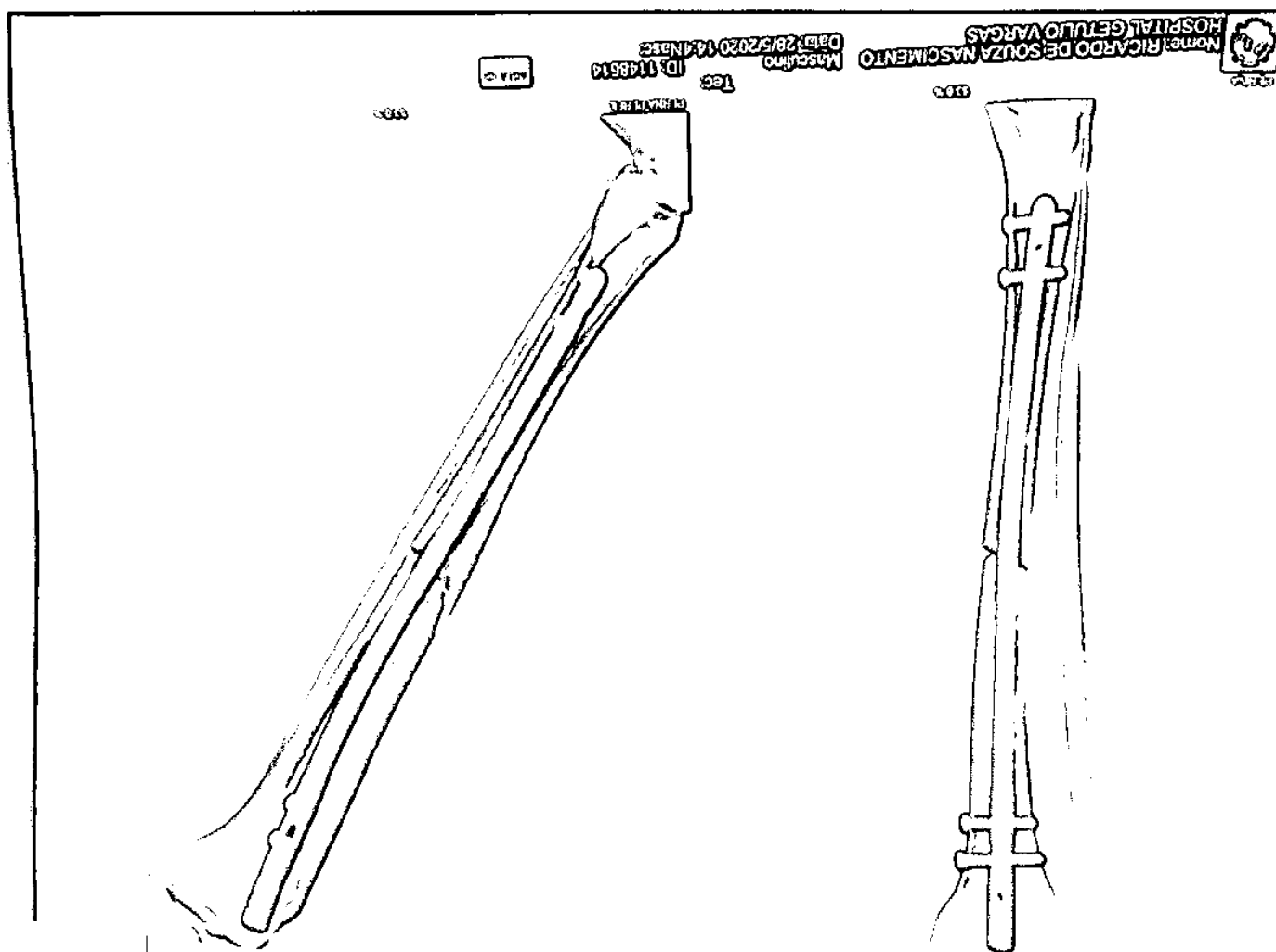
BRUNO TORBAN - CRM: Nº.26817

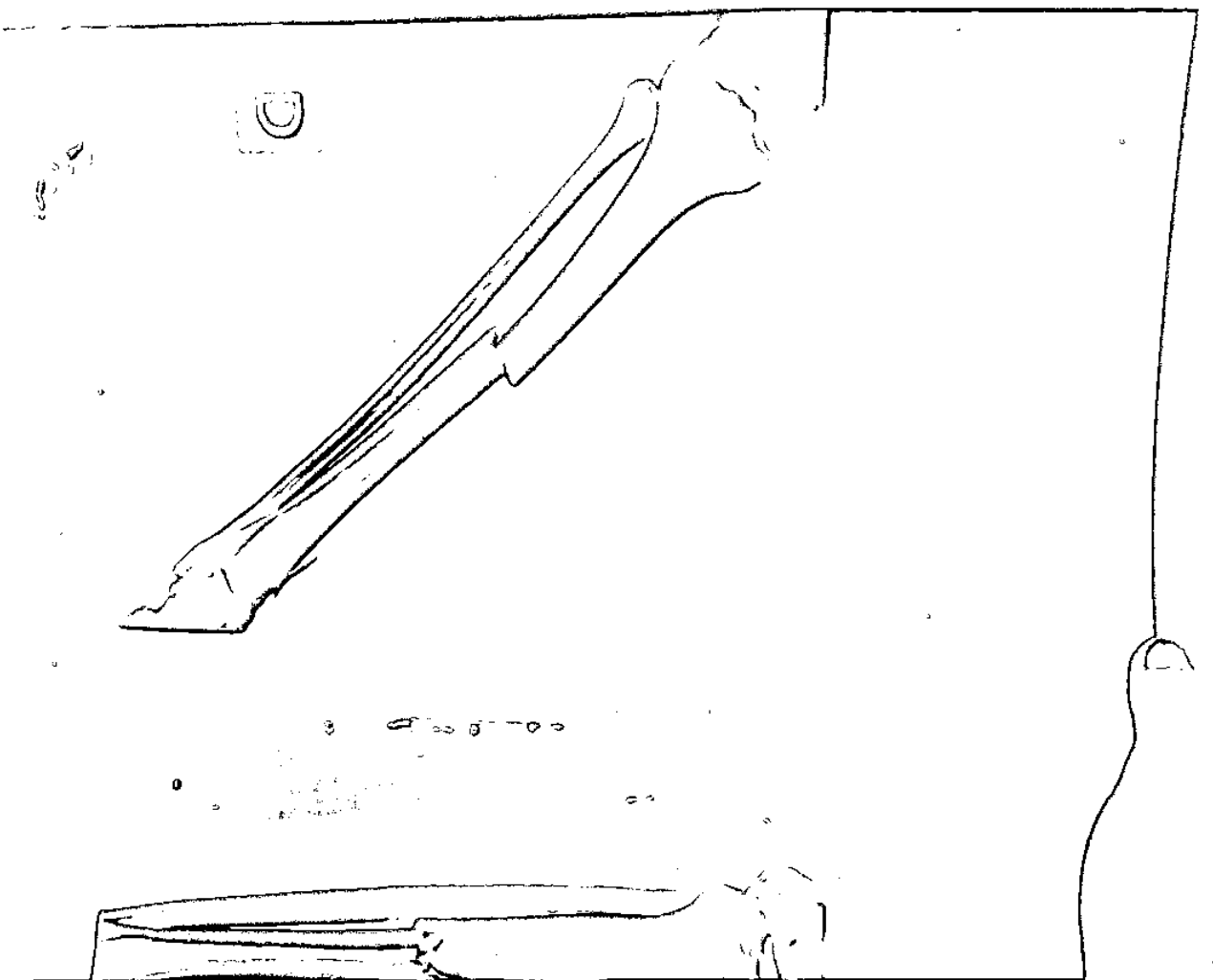
HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3104-5600

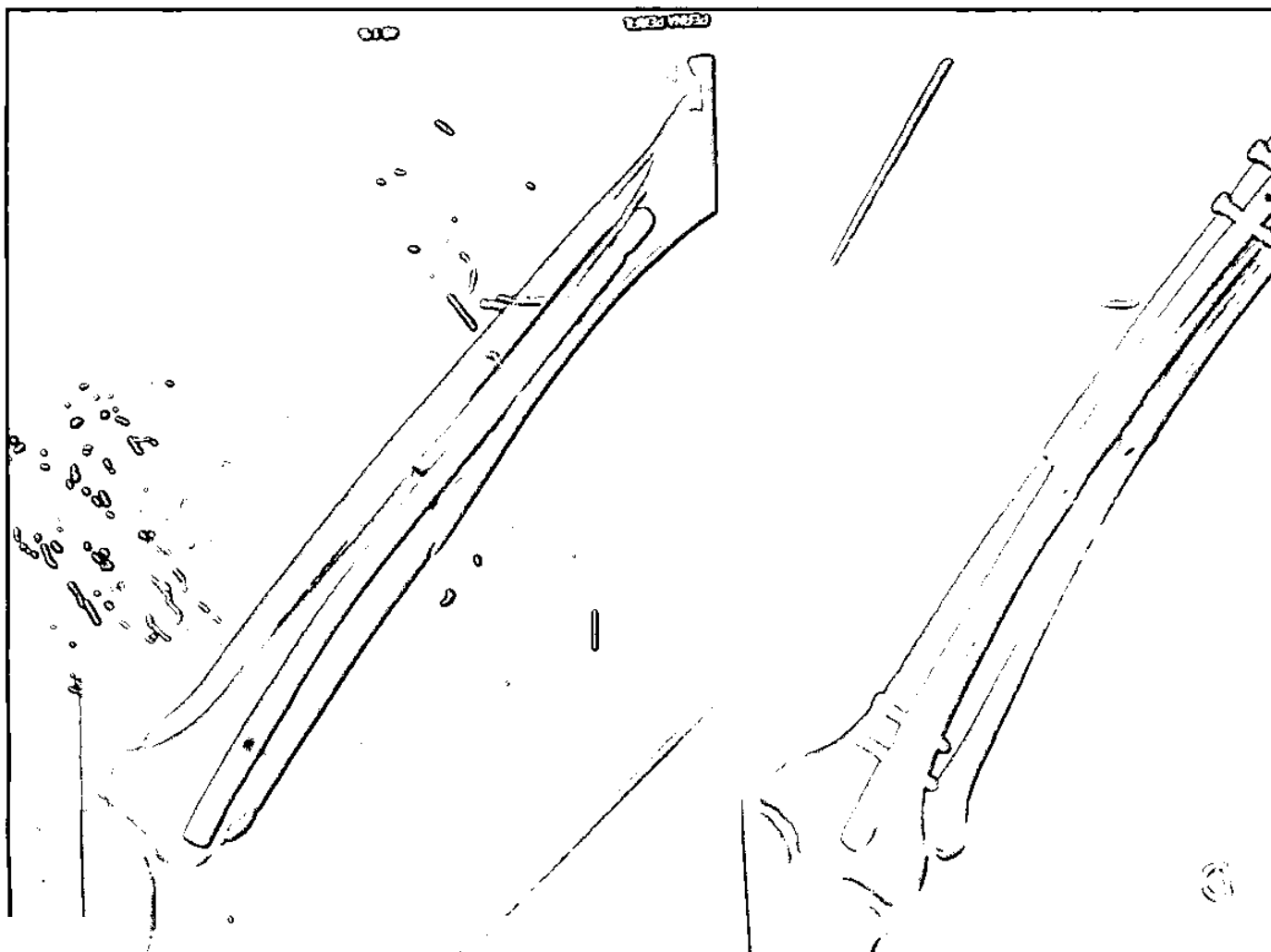


| | | | | | |
|---|------------------|---|-----|--|--------------|
|  Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas | |  | | REQUISIÇÃO DE EXAMES | |
| NOME: <i>Ricardo de Souza Nascimento</i> | | | | REGISTRO: <i>1148614</i> | |
| IDADE: <i>19</i> | SEXO: <i>Mas</i> | CLÍNICA: <i>505</i> | Nº. | ENFERMARIA: | EMERGÊNCIA: |
| | | | Nº. | LEITO | AMBULATÓRIO: |
| JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: <i>Pós op</i> | | | | | |
| EXAME(S) REQUISITADO(S): <i>Rx Perna Direita AP+Perfil</i> | | | | | |
| URGÊNCIA <input type="checkbox"/> | | ROTINA <input type="checkbox"/> | | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO | |
| DATA: | | HORA DA SOLICITAÇÃO: | | <i>Dr. Bruno Torban</i> <i>Medico</i> <i>CRM 26817</i> | |

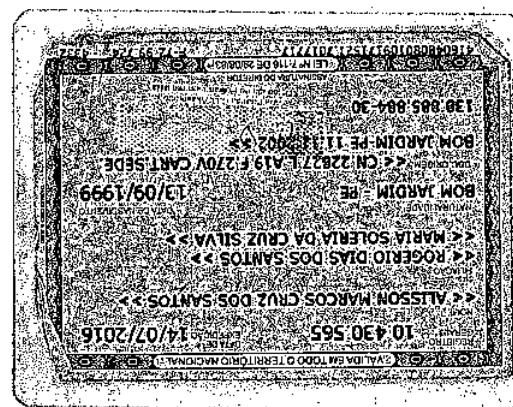
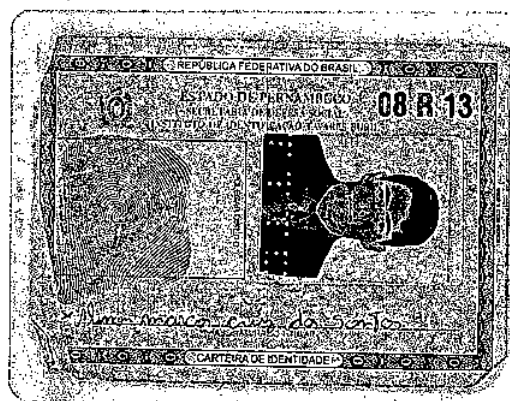
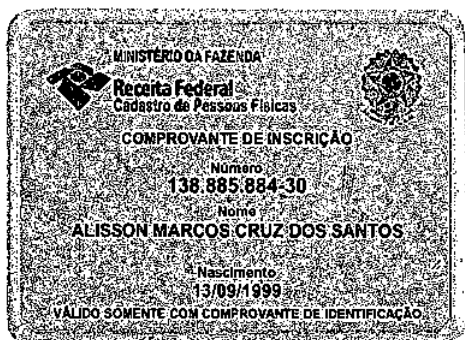


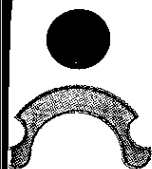






Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>
 Número do documento: 20103011544925300000068981121

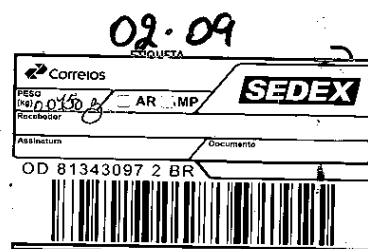




Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



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



09/19



**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 8189 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 |
| | | | |
| "RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE" | | | |

| | | |
|---|---|--------|
| DEVOLUÇÃO (Return) | | (Cn15) |
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved) | <input type="checkbox"/> FALLECIDO (Deceased) | |
| <input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused) | <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address) | |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown) | <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number) | |
| <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered) | <input type="checkbox"/> OUTROS (Other) | |
| <input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent) | | |
| TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts) | | |
| 1ª / 1st 2ª / 2nd 3ª / 3rd | | |
| <input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager) | | |
| <input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / Reinstated to service post in | | |
| Data / Date Responsável / Responsible | | |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>
 Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 24



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (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 Invalidade 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 DAVS

- ☐ 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 receiptários médicos (originals)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ 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): Unidade de Atendimento - Rua Barbosa
Atendente: ATC - III Matrícula: 6.892.510-2
Data: 31/05/2020 Assinatura: [Assinatura]



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

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 TÍBIA 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 |

