



19/06/2019 09

Ar(á) e(s): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/HONDA/CIVIC Objeto apreendido. Não
cor branca - Quantidade 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Local: PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA JAILSON LUIZ NEDINO, QUE ATRAVESSAVA A RODOVIA BR 408, NO BAIRRO DO CURADO IV, QUANDO FOI ATROPELADO PELO VEICULO HONDA CIVIC DE COR BRANCA PLACA PCH-6666, PE, E QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS MILITARES, CERTIDÃO Nº 2019APM000001 DIV. OP. PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ATENDIMENTO: 1070190. ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO E PERMANECERU INTERNADO, CONFORME O EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

JAILSON LUIZ NEDINO
(VITIMA)

Jailson Luiz Nedino

O.C. registrada por: ROISES MANCEL DE LIMA - Matrícula: 3000359-5

Roises Mancel de Lima



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: JAILSON LUIZ NEDINO
Profissão: GARU Endereço: RUA QUATORZE
Bairro: CURADO IV Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES Estado: PE
E-mail: GUEIROSCGOMES@GMAIL.COM
CPF: 351.335.114-34
Número: 132 Complemento: CASA
CEP: 54230-110
Tel. (DDD): 81 34-23 9684

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

RENDIA MENSAL:
☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 6343 6 CONTA: 0301103 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: RECIFE 14 Agosto 2019
Nome: JAILSON LUIZ NEDINO
CPF: 351.335.114-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Jailson Luiz Nedino
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Genilda N. Nedino
CPF: 892.221.964-00
x Genilda N. Nedino
Assinatura

2ª Nome: JAILSON LUIZ NEDINO
CPF: 082-686-464-38
x Jailson Luiz Nedino
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000591 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). GENILDA NOGUEIRA TORRES, 44 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 5610071 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 892.222.964-00, residente à RUA 14, nº 932, AP 308, CURADO IV, JABOATAO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/04/2018, por volta das 14:28 hs, no endereço: RODOVIA BR 408, S/N, CURADO IV JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL HONDA CIVIC BRANCA PCH8686-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) JAILSON LUIZ NEDINO, inscrito sob o CPF nº 351.335.114-34 e Registro Geral nº 1932649, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 711370-6 LEANDRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1419541. Ficou aos cuidados do médico GREICI DE ABREU, registro 23447. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 20/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000591

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



02 311935-7442 13443 020297 100 PATRONO200000 N0001 F 001 10/08/2019



ETIM



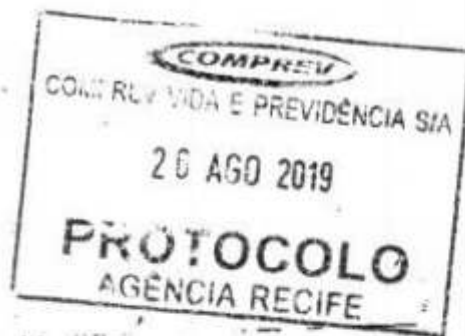
707

OTU RECIFE 98 P13
GENILDA NOGUEIRA TORRES
RUA QUATORZE - 32 - C/RES CURADO IV BL APTO 306
CURADO
54270-110 JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE



DIGITAL TIM

• Você receberá sua fatura por digitalização, a qualquer
• Meu TIM, Acesse o App ou
• Assine para Contas Digital



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1676269
Nome: Jailson Luiz Medino
Foi atendido às _____ hs, do dia 07.06.19
Diagnóstico Provável: TCE leve
- TRM cervical

Tratamento Realizado: Fisioterapia / Suporte Clínico

RNTx com atropina 1 mg/ml e
sonda esôfago-gástrica cervical.

Observação: Paciente Assintomático. Sem sinais
clínicos de mielopatia.

Cópia de: Acompanhamento Ambulatorial
Amb. Dr. Decilides com 2 meses
Médico - CRM Nº 50

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

Aviso de Ocorrência do CIODS

Número do Boletim Ocorrência

606 95579

17E00940026

Dados da Ocorrência	Natureza ☐ Homicídio ☐ Latrocínio ☐ A Esclarecer ☐ Lesão Corporal Seg. de Morte ☐ Suicídio ☒ Acidente de Trânsito ☐ Outros Acidentes		Informações sobre a vítima: ☐ Pedestre ☐ Condutor ☒ Passageiro ☐ Ignorado		Veículo onde estava a vítima: ☐ Bicicleta ☒ Ônibus ☐ Automóvel		Circunstância do acidente: ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão ☐ Ignorado	
	☒ Culposos ☐ Doloso		☐ Não se aplica		Objeto Utilizado ☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☒ Outros		Circunscrição do Fato DEL. BOA VISTA	
	Data do Óbito 10/09/17		Hora (hh:mm) 18:20		Data do Fato* 10/09/17		Hora (hh:mm) 17:00	
	Local Principal da Ocorrência (via pública, ter. residência, clube, etc.) VIA PÚBLICA		Logradouro do Fato (Rua, avenida, rodovia, etc.) AV. CRUZ CABUGA		Número		Complemento (Apt. Sala, Andar)	
Dados da Vítima	Município RECIFE		Bairro SANTO AMARO		UF		Ponto de Referência	
	Nome NÃO IDENTIFICADO		Idade		Sexo ☒ Masc. ☐ Feminino		Cor da Pele/Etnia ☐ Negra ☒ Parda ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Indígena	
	Data de Nascimento / /		Idade aparente		Cor da Pele/Etnia		Assinatura	
Dados Complementares (resumo do fato)	INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA EQUIPE DO SAMU DE CONTA QUE A VÍTIMA SOFREU UMA QUEDA DE UM ÔNIBUS EM MOVIMENTO NAS PROXIMIDADES DO ARMATÉM LOCAL							
Responsável pelo Preenchimento Calacá				Delegado de Polícia (Nome) Paulo José Berenguer de Barros				
Matrícula Nº 350663-1				Matrícula Nº				
Orgão: ☐ IC ☒ POLÍCIA CIVIL ☐ OUTRO ☐ POSTO PC HOSP.				Assinatura ☐ CVL/Seccional ☒ DP de Plantão ☐ DHP ☐ Outras				
Corpo Encaminhado: ☒ IML (Recife - Caruaru - Petrolina) ☐ Unidade de Saúde				Outro Local				

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOC

SDS-PE

081903

Nº: 081903

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

1ª Via: Branca - 2ª Via: Azul - 3ª Via: Amarela - 4ª Via: Verde

Nome:	JAILSON LUIZ NEDINO	Pedido:	548901
Idade:	61 anos, 4 meses e 25 dias	Sexo:	M
Médico:	MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR	Data do Pedido:	08/05/2019 15:11
Procedência:	SUS - INTERNACAO	Data do Laudo:	29/05/2019 12:34
		Atendimento:	1419573

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

HISTÓRIA: Fratura cervical

COMPARAÇÃO: TC da coluna cervical do dia 29/04/2019

TÉCNICA: foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2 bem como com supressão de gordura sem a administração do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- 1- Retificação do eixo cervical com mínima anterolistese de C7 em relação a D1.
- 2- Discreta redução da altura dos corpos vertebrais de C4 e C5, associado a leve edema da medular óssea.
- 3- Discopatia degenerativa dos discos de C4-C5 a C6-C7.
- 4- Abaulamentos discais difusos nos níveis C5-C6, C6-C7 e C7-D1, que ocasionam redução da amplitude do canal raquiano e impressionando o cordão medular, notadamente em C5-C6. Há, associadamente, hipertrofia dos ligamentos amarelos nestes níveis, determinado estenose do canal vertebral. Observa-se extensão latero-foraminal dos abaulamentos descritos acima, determinado redução da amplitude dos neuroforames bilateralmente em C5-C6 e C6-C7. Nota-se também hipersinal no complexo ligamentar posterior, sugestivo de estiramento.
- 5- No plano de C7, há mínima alteração de sinal no cordão posterior da medula cervical, sugestiva de mielopatia compressiva.
- 6- Há outra pequena protrusão discal entre D2-D3, reduzindo a amplitude da coluna


STERFFERSON MAYCON DE OLIVEIRA
MORAIS
CRM: 25677



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1419541/2019.

NOME: JAILSON LUIZ NEDINO.

Foi atendido às 15h34 do dia 28.04.2019.

Diagnóstico provável: Politrauma / TCE leve
Cervicalgia pós trauma
TRM cervical
Fratura fechada de rádio distal (D)
(Atropelamento p/ carro)

Tratamento realizado: Clínico / conservador
RM de coluna cervical
Analgesia, colar cervical
Mauclas de redução de frnt. de rádio distal
Tala axilo-palmar (D)
Exams complementares

Obs. Trat. de suporte clínico
Alta em 07.06.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.07.2019

[Assinatura]

520-4
Data: 03/07/2019
Nº: 1419541/2019
Cód: 1000

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

3545-9

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento :

Nome :

JANTON LUIS NEVES

Foi atendido às

10

hs. do dia

28,05,19

Diagnóstico Provável :

MI

instável

Tratamento Realizado :

sem presc de ad

Observação :

Cópia de :

Dr. Saul C. M. Quinino
Neurocirurgião / Neurologista
CRM-PE 15608 / CRM-PB 8737
RQE 1505

08.05.19

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

Traumatologia #
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1676269

Nome: Jailson Luiz Nédino

Foi atendido às 15:34 hs. do dia 18 / 04 / 2019

Diagnóstico Provável: Fratura de mão distal;

Tratamento Realizado: tratamento conservador
com gesso axila-palmar + analgesia.

Observação: 1. Retornar com 03 semanas pós-
alta com Dr. Eduardo Tolosa (ortopedista)
2. Afastamento das atividades laborais
por 3 semanas após alta hospitalar.

Cópia de:

Alta de trauma

18/05/2019

Médico

Dr. Aymor Alencar
Médico
CRM 24.742

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1419541/2019.

NOME: JAILSON LUIZ NEDINO.

Foi atendido às 15h34 do dia 28.04.2019.

Diagnóstico provável: Politrauma / TCE leve
Cervicalgia pós trauma
TRM cervical
Fratura fechada de rádio distal (D)
(Atropelamento p/ carro)

Tratamento realizado: Clínico / conservador
RM de coluna cervical
Analgesia, colar cervical
Manobras de redução de fr. de rádio distal
Tala axilo-palmar (D)
Exams complementares

Obs. Trat. de suporte clínico
Alta em 07.06.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.07.2019

SEC - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Sierra
Médico da SEME
CRM: 7074

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

10M909

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO FAMILIAR BRIL



POLIGRAM DIREITO

Jailson Luiz Nedino

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.932.649

10/02/2017

<< JAILSON LUIZ NEDINO >>

<< FERNANDO LUIZ NEDINO >>

<< MARIA DO CARMO NEDINO >>

JABOATAO DOS GUARARAPES - PE

13/12/1957

CC.6223 L.B12 F.63V CART.

CAVALEIRO, JABOATAO - PE 12-08-1987 >>

351.335.114-34

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

COMPREV

CONTROLE VIDA E PREVIDENCIA S/A

26 AGO 2019

PROTOCOLO

AGENCIA RECIFE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292467/19

Vítima: JAILSON LUIZ NEDINO

CPF: 351.335.114-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/04/2019

Titular do CPF: JAILSON LUIZ NEDINO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JAILSON LUIZ NEDINO : 351.335.114-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: JAILSON LUIZ NEDINO
CPF: 351.335.114-34

JAILSON LUIZ NEDINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190504454 Vítima: JAILSON LUIZ NEDINO

Data do Acidente: 24/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON LUIZ NEDINO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504454

Vítima: JAILSON LUIZ NEDINO

Data do Acidente: 24/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON LUIZ NEDINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504454

Vítima: JAILSON LUIZ NEDINO

Data do Acidente: 24/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAILSON LUIZ NEDINO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **351.335.114-34** Nome completo da vítima: **JAILSON LUIZ NEDINO**

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

Nome completo: **JAILSON LUIZ NEDINO** CPF: **351.335.114-34**
Profissão: **GAU** Endereço: **RUA QUATORZE** Número: **132** Complemento: **CASA**
Bairro: **CURADO IV** Cidade: **JABOTATUBA DOS GUARARAPES** Estado: **PE** CEP: **54230-110**
E-mail: **GUEIROSCGOMES@HOTMAIL.COM** Tel. (DDD): **8134-239684**

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

RENDA MENSAL:
☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **6343** **6** CONTA: **0301103** **8** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: **RECIFE 14 Agosto 2019**
Nome: **JAILSON LUIZ NEDINO**
CPF: **351.335.114-34**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Jailson Luiz Nedino
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Genilda N. do Nre**
CPF: **892.221.964-00**
x Genilda N. do Nre
Assinatura

2ª Nome: **JAILSON LUIZ NEDINO**
CPF: **082-686-464-38**
x Jailson Luiz Nedino
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.