
Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290052

Vítima: ALBERTO MACENA DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO MACENA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200290052 Vítima: ALBERTO MACENA DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALBERTO MACENA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos laudos dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foram entregues. Não é necessário apresentar as películas/chapas dos exames.
--------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E 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 na 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:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1838 9 CONTA: 39 300 2

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 13 de julho 2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114003394**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/07/2020** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/3/2020** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **FRAGOSO, 01, RODOVIA PE 15 - Bairro: FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53140-080**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
PERNAMBUCO MOTOS LTDA (OUTRO)
ALBERTO MACENA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO; (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTO MACENA DA SILVA**



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

ALBERTO MACENA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AVANI MACENA DA SILVA Data de Nascimento: **8/6/1977** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4788775/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Celulares: **86919661**

Endereço Residencial: **RUA DO CAMPO, 333, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

PERNAMBUCO MOTOS LTDA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **PERNAMBUCO MOTOS LTDA** que estava em posse do(a) Sr(a) **ALBERTO MACENA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW6812** (PERNAMBUCO/PAULISTA)
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA NA DATA E LOCAL ACIMA MENCIONADAS CONDUZIA A MOTOCICLETA QUALIFICADA NESTE DOCUMENTO QUANDO O AUTOMOVEL PLACA MUV4501 COLIDIU LATERALMENTE NA MOTO FAZENDO O NOTICIANTE PERDER O CONTROLE E CAIR NA PISTA DE ROLAMENTO TAMBEM RELATOU QUE UMA EQUIPE DO SAMU O REMOUEU PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO.

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


ALBERTO MACENA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA** - Matrícula: **152497-6**
(Liberado em 10/07/2020 às 16:00)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E 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:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Provedor

Carrefour  **VISA**



CTC RECIFE PE PL1
ALBERTO SILVA
R DO CAMPO 333 CASA
ILHA JOANA BEZERRA
50080-600 RECIFE-PE



7210190783771936691312767730040520



77133 - 00000005989
DATA DE POSTAGEM: 09/07/2020



Hospital do Espinheiro

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr.(a) Alberto Marcos Silva
necessita afastar-se de suas atividades laborativas por um período de (7)
dias , para tratamento médico. data
CID: 592.3

RECIFE, 03 DE 03 DE 2020

Alexandre Sávio A. Souza
Médico / CRM / Data
Alexandre Sávio A. Souza
Traumato - Ortopedia
CREMPE 11.711

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art.86 do RGPS aprovado pelo decreto nº. 6070 de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Rua do Espinheiro, 222 Espinheiro
Recife / PE
Fone: 812138-2950

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

19/03/2020 12:30

Paciente: ALBERTO MACENA DA SILVA	Id. Nato: 0606/1977	Assistência: 19921561	Prontuário: 8320173
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Lado: 30022204	
Profissional(a): ALEXANDRE SAVO AVELINO DE SOUZA CRM 133112E	Nº: 16306236	03/03/2020	11:37

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente Sim 10

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta 03/03/2020 10

Data Da Alta 03/03/2020 09

Hora Da Alta 11:35 09

Hora Da Alta 11:37 09

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

26/03/2020 12:30

Paciente:	ALBERTO MACENA DA SILVA	De. Nasç.:	08/06/1977	Atendimento:	19975638	Prontuário:	8320373
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO EMERGÊNCIA - HE	Leito:	300222/8		
Profissional(s):	ALEXANDRE SAVO AVELINO DE SOUZA CRM 13711 (R)			Nº:	17082421	15/03/2020	às 11:45
ANAMNESE							
Queixa Principal	TAC REVELOU FRATURAS EM CUNEIFORME E MIT. SEM DESVIO. PONHO TALA GESSADA E ENCAMINHO PRO AMBULATORIO DE MÃO.						[1]
Queixa Principal							
Diagnóstico Inicial	99 -CID10 NÃO AGRUPADOS						[1]
CID10	S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO						[1]
Alergias	Não						[1]
Medicação Em Uso	Não						[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não						[1]
Comorbidades	Não						[1]
DIAGNOSTICO							
CID10	S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO						[1]
CID10	S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO						[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

19/03/2020 12:50

Paciente:	ALBERTO MACENA DA SILVA	Dt. Nasc.:	08/06/1977	Atendimento:	19931561	Prontuário:	8320373
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO EMERGENCIA - HE	Leito:	300222/4		
Profissional(s):	ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM 11711 (R)			Nº:	16998236	03/03/2020	às 11:31
CONDIÇÕES DE ALTA							
Alta do Paciente	Sim						[1]
DATAMORA DA ALTA							
Data Da Alta	03/03/2020						[1]
Data Da Alta	03/03/2020						[1]
Hora Da Alta	11:31						[1]
Hora Da Alta	11:31						[1]

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1217334508

PROIBIDO PLASTIFICAR

1217334508

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

ALBERTO MACENA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF

4788775 SDB PE

CPF

975.844.014-49

DATA NASCIMENTO

08/06/1977

FILIAÇÃO

AMARO DE OLIVEIRA DA
SILVA

AVANI MACENA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05121170457

VALIDADE

30/11/2020

1ª HABILITAÇÃO

13/01/2011

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

01/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

17169087157

PE069916810

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO



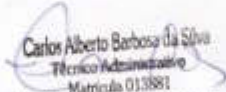
PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **ALBERTO MACENA DA SILVA**, portador do RG: 4.788.775 SDS /PE, CPF:975.844.014-49, foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/ SAMU 192 Olinda, ocorrência: S757247, no dia 03/03/2020, aproximadamente às 08:06horas, colisão entre moto x carro em via publica, PE-15 S/N, Jardim Frágoso, Olinda, em frente a faculdade de ciências humana, sendo encaminhado para Hospital do Espinheiro,

Olinda, 18 de março de 2020.


Carlos Alberto Barbosa da Silva
Técnico Administrativo
Matrícula 013881
Carlos Alberto Barbosa
Tec. Adm./SAMU 192 – Olinda