

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, 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



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, 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 médica-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:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - NIF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

975 844 014-49 Alberto muceno da silva

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

5 - Nome completo:

Alberto muceno da silva

6 - CPF:

975 844 014-49

7 - Profissão:

vendedor

8 - Endereço:

Rua do Campo

9 - Número:

383

11 - Bairro:

Ilha jeans Beira mar

12 - Cidade:

Ribeirão Preto

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

15 - 080-600

15 - E-mail:

16 - Telefone:

(11) 9975 4000

DADOS CADASTRAIS

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito 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, informar

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

34 - Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Ribeirão Preto, 13 de julho de 2022

Officinal S.A.

43 - Assinatura do Procurador

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24°CIRC DIM/7°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0114003394

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

Pessoal(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** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **4788775303/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Celulares: **86919681**

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/Motivo: **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 REMOVEU PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO.

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


ALBERTO MACENA DA SILVA
(VITIMA)

DELEGACIA
32º CIRCUITO

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - NIF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

975 844 014-49 Alberto muceno da silva

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

5 - Nome completo:

Alberto muceno da silva

6 - CPF:

975 844 014-49

7 - Profissão:

vendedor

8 - Endereço:

Rua do Campo

9 - Número:

383

11 - Bairro:

Ilha jeans Beira mar

12 - Cidade:

Ribeirão Preto

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

15 - 080-600

15 - E-mail:

(81) 9975 4000

DADOS CADASTRAIS

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito 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:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro/vai nascer?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

informações
digitais ou
eletrônicas
de utilizadas

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)

40 - Local e Data:

Ribeirão Preto, 13 de julho de 2022

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1

Carrefour



VISA

Meus Vales



00100569



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

77153 - 000000000000
DATA DE POSTAGEM: 04/06/2020



721019076377193669131276730640220



ATESTADO MÉDICO

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

CID:592.3

Dete

RECIFE, 03 DE 03 DE 2020

Alexandre Souza
Médico / CRM / Data
Alexandre Souza
Traumato-Ortopedista
CRMPE 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

FMS00009 12.30

Paciente:	ALBERTO MACENA DA SILVA	Pr. Name:	06/06/1977	Atendimento:	10931561	Prontuário:	8325173
Conselho:	HAPVIDA	Ponto:	POSTO EMERGÊNCIA - HE	Ladeira:	3052204		
Profissional(s):	ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM: 1571120	Nº:	10300236	03/03/2016	11:31		

CONDICÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sair	IR
------------------	------	----

DATA/HORA DA ALTA

Data De Alta	03/03/2016	IR
Data Da Alta	03/03/2016	IR
Hora De Alta	11:31	IR
Hora Da Alta	11:31	IR

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

26/03/2020 12:30

Paciente: ALBERTO MACENA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/06/1977	Atendimento: 19975638	Printultimo: 8320373
Convênio: HAPVIDA		Ponto: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Lote: 300222/8
Profissional(s): ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM 11711 [1]		Nº: 17082421	10/03/2020 às 11:45

ANAMNESE

Quinta Principal	TAC: REVELOU FRATURAS EM CINTIFORME E MÍT. SEM DESVIO PONHO TALA GESSADA E ENCAMINHO PRO AMBULATORIO DE MAD.	[1]
Quinta Principal		
Diagnóstico Inicial	SB - 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]
DIAGNÓSTICO		
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:	19931567	Promotorio:	8320373
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO EMERGENCIA - HE	Lote:	300222/4		
Profissional(s):	ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM 11771131	Nº:	169982/6	03/03/2020	88	11:31	

CONDICÕES DE ALTA

Ata do Paciente	Sim	(1)
-----------------	-----	-----

DATA/HORA 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)





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL 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 Fragoso, 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