



Número: **0069681-25.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA (AUTOR)		THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71893 316	01/12/2020 17:39	Recibo de Apresentação de Documentos	Outros (Documento)

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:

58521348487

4 - Nome completo da vítima:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNANDA

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

5 - Nome completo:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNANDA

6 - CPF:

58521348487

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA FREI MIGUELIM

9 - Número:

299

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Cruz de São Paulo

12 - Cidade:

IGARASSU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625813

15 - E-mail:

(81) 9.8790-9451

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, 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:

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

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, 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 (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

nasceu (ou nasceu)?

☐ 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 alfabetizado

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,

08/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

58521348487

4 - Nome completo da vítima:

EDINOBSON DOS SANTOS FERREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo:

EDINOBSON DOS SANTOS FERREIRA

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA FREI MIGUELINO

6 - CPF:

58521348487

11 - Bairro:

Cruz de São Carlos

12 - Cidade:

IGARASSU

9 - Número:

299

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625813

16 - Tel. (DDD):

(81) 9.8790-9451

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☐ RECLUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Somente os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1299

CONTA:

26168

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou incapacitado 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 da 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Div.)

☐ Casado(a)

☐ 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(a) ou menor?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pai/mãe 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 digitalizada da vítima ou do beneficiário não habilitado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

08/09/2020 Recife

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO Nº 20029970801



Para maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202101, Polícia Rodoviária Federal, em 20/08/2020, conforme certidão oficial de Brasília, com testemunha no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.260-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.639, de 8 de outubro de 2015 e no Anexo b do Anexo IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-IG, de 13 de novembro de 2015. A autenticação deste documento pode ser conferida no site hoje.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 20029970801 e o número de controle 6A83C7817C2870463AA525C7244F4.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20029970801

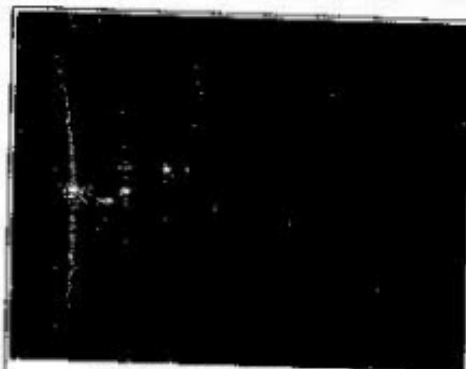
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 23/06/2020 Hora: 21:10 Município: MORENO/PE
BR: 232 KM: 24,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: LEONE SILVA, 2202184

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

<< Introdução >> No dia 23/06/2020, por volta das 21h10, no km 24 da BR- 232, em Moreno-PE, ocorreu um acidente do tipo colisão com objeto estático, seguida de Tombamento, saída de leito carroçável e queda de ocupante de veículo, com 1(uma) vítima com lesão leve. O veículo envolvido foi a motonela JTA/SUZUKI AN125.

<< Conclusão >> Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 ao tentar acessar a faixa de trânsito, sentido Caruaru-PE, colidiu sua carenagem inferior no pavimento da via(marcas na parte inferior do veículo e desnível do pavimento), fazendo com que o condutor perdesse o controle do veículo(marcas de atrito entre V1 e o pavimento - 5m), vindo a tombor(marcas na lateral de V1). Com o tombamento, V1 saiu do leito carroçável(local de objetos desprendidos de V1), onde seu condutor foi projetado(local de Imobilização do condutor). A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a colisão da parte inferior de V1 com o desnível no pavimento.

<< Observações >> 1 - Na chegada da PRF, o condutor estava sendo socorrido pela equipe do SAMU/Moreno. 2 - V1 ficou sob responsabilidade do Sr. Jean Santos de Franca, CPF 035.154.294-92, amigo da vítima. 3 - Não foi possível realizar o teste de etilômetro no condutor de V1. O mesmo também não estava em condições de preencher o TDE. 4 - Na chegada da equipe ao local V1 já havia sido deslombada por populares. 5 - O limite de velocidade para a V1 é de 110 km/h.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matriculado 2202184, Polícia Rodoviária Federal, em 23/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 0.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/informacoes/autenticar>, informando o protocolo 20029970801 e o número de controle DAUF/2020/2373453ANAG2C/224429.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20029970B01

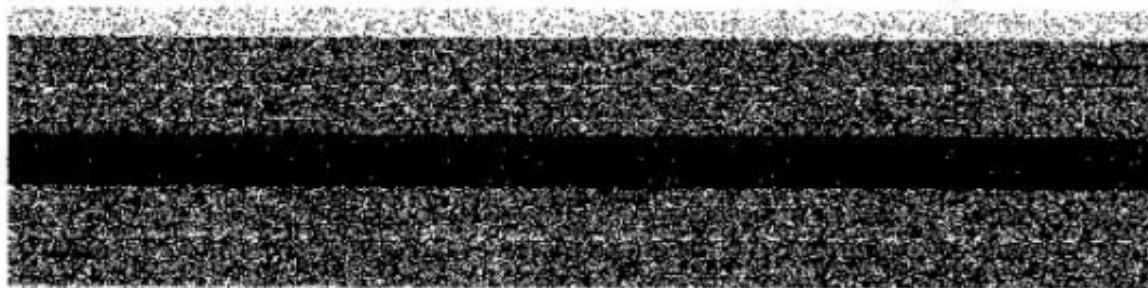
CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local de ocorrência - R.106804 km 35,103 km
Condutor de V1
Velocidade máxima para V1 110 km/h

Local de ocorrência provisória

1. Trajetória de V1 após colisão com a via.
2. Tombamento de V1.
3. Trajetória de V1 após tombamento.



RFCFE-PE

CASUARÉ-PE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Descrição do Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão com objeto estático	V1
2	Tombamento	V1
3	Saída de luto carroçável	V1
4	Queda de ocupante de veículo	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Desaparecimento (m)	Alargamento (m)
1	V1			
2	V1			
3	V1			
4	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Nome do Grupo	Solicitação	Comprometimento
---------------	-------------	-----------------



Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202104, Polícia Rodoviária Federal, em 20/04/2020, conforme legislação oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 6.573, de 8 de outubro de 2016 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Lei Nº 11.343, de 23 de setembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/portal/assinatura-eletronica> informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle DA03570774C3370452A023C7244F6.

191

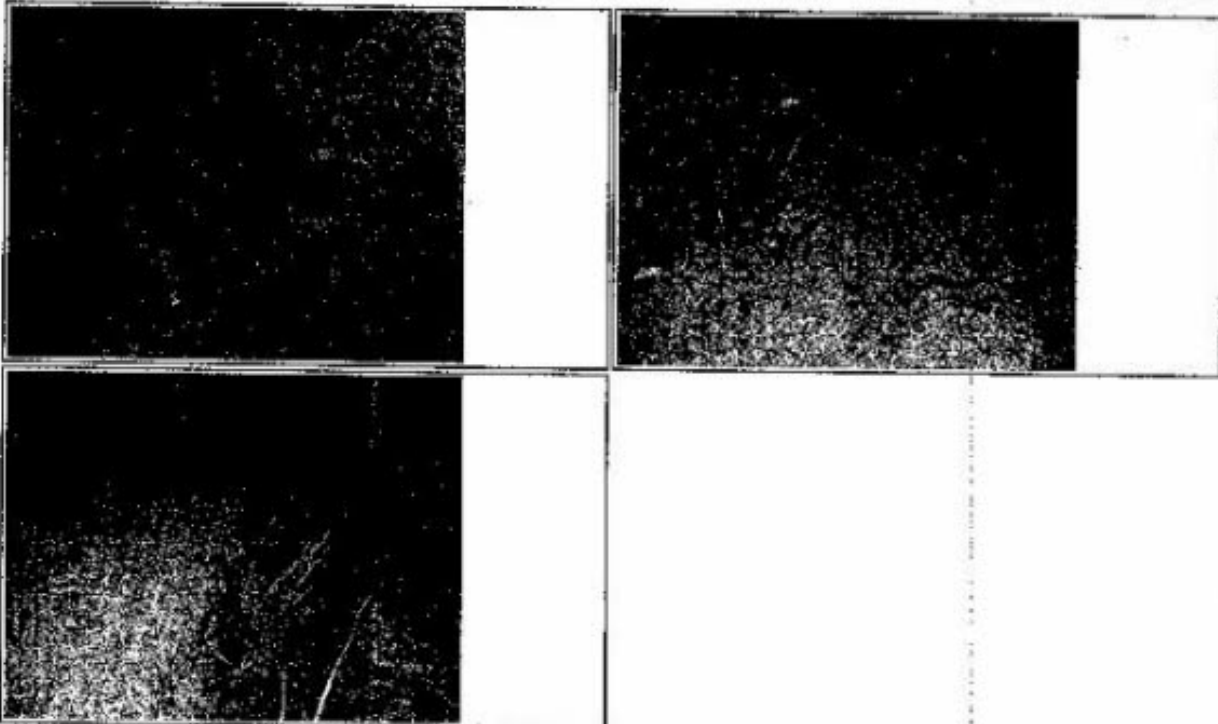


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20029970B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - ECF8525 - MOTONETA

V1 - Informações

Placa: ECF8525 Marca/modelo: JTA/SUZUKI AN125
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9CDCF47AJ9M057937
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Entrando na via

Renavam: 00124208703
Tipo de veículo: Motoneta
Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por LECYNE SILVA, matrícula 2202164, Polícia Rodoviária Federal, em 28/05/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 12 da Medida Provisória Nº 2.280-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Lei nº 11.343/2006. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.pjf.gov.br/assinatura-eletronica>. Informações e protocolo 20029970B01 e o número de controle DVS3E7877C2370M3AA623C7244F5.

191

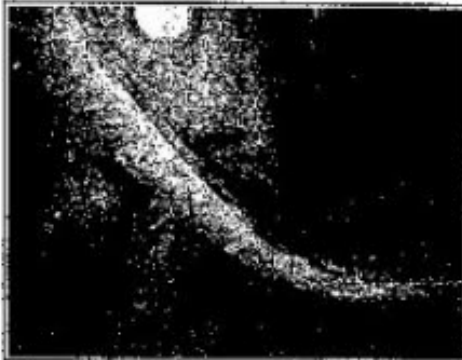


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20029970B01

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202101, Polícia Rodoviária Federal, em 28/08/2020, conforme host's oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 6.639, de 1º de outubro de 2015 e no inciso II do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.pt.gov.br/hoi/mef/boletim>. Informando o protocolo 22029970B01 e o número de controle DMS3E7837C3A7063AA923C7244F9.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20029970B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / JTA/SUZUKI AN125

Placa: ECF8525

Nº BOAT: 20029970B01

Nome do Agente: LEONE SILVA

Matrícula do Agente: 2202184

Data: 23/06/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Localização do Danificado		
			Sim	Não	N/A
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclo)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

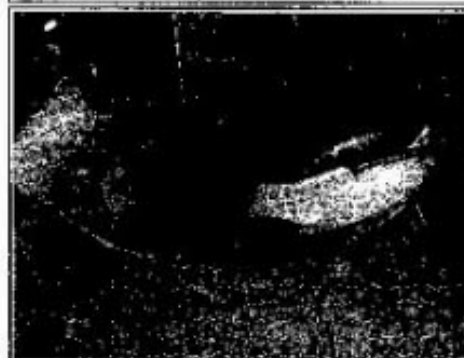


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

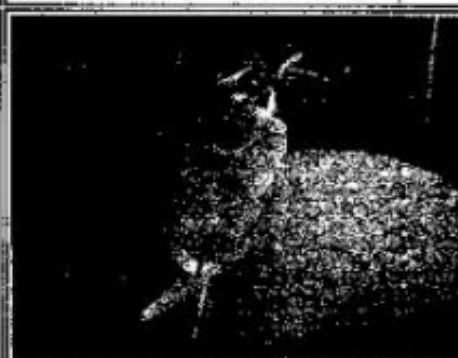


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por LEONE SILVA, matrícula 2202184, Policial Rodoviário Federal, em 28/06/2020, conforme protocolo de Brasília, com filiação no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decisão nº 8.559, de 6 de outubro de 2015 e no Anexo B do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa nº 65-DG, de 15 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://brasil.gov.br/assinatura>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle DARE79277C327945FAA9D67294479.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20029970B01

V1 - Proprietário

Nome: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA
Email:
Endereço: IGARASSU-PE

CPF/CNPJ: 585.213.484-87
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

V1C - Informações

Nome: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA
CPF: 585.213.484-87
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

Data de Nascimento: 09/10/1967
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Leves
Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PE
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 07/01/2003
Vencimento da habilitação: 01/02/2022

Nº Registro: 02687010450
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do oftalmômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA GIRASSOL, 0000000010, CS, JD MURIBECA, JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE
Telefone:
Email:



Documento assinado eletronicamente por LIZONE SILVA, matrícula 2202164, Polícia Rodoviária Federal, em 28/08/2020, conforme modelo oficial de Assinatura, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.205-2, de 24 de agosto de 2004, no art. 4º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na Lei nº 11.419, de 19 de maio de 2007, da Insuportabilidade Nº 41-06, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/validar/autenticar>, informando o protocolo 20029970B01 e o número de controle DAB3E7B37C337D4B3AA923C7364F3.

191



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☒ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

58521348487

4 - Nome completo da vítima:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNANDA

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

5 - Nome completo:

EDINOBSON DOS SANTOS FERNANDA

6 - CPF:

58521348487

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA FREI MIGUELIM

9 - Número:

299

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Cruz de São Paulo

12 - Cidade:

IGARASSU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53625813

15 - E-mail:

(81) 9.8790-9451

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, 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:

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

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, 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu (se nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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,

08/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2/2019

SAMU
192

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Secretaria de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

832153

1. Hora do chamado: 20:40h 2. Chegada ao local: 20:50h 3. Chegada a U.Hospitalar: h 4. Saída da U.Hospitalar: h
 5. Motivo/Solicitação: Queda de moto 6. Data: 23/06/2020
 7. Tipo de equipamento: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. Helicóptero ☐ 4. Moto ☐ 5. VIR
 8. Origem do acionamento: Somni 9. Médico regulador: Fabiana 10. Rádio operador: Alexandre
 11. Paciente: Pedro Robson dos Santos Ferreira 12. Solicitante: Wagner
 13. Data de nascimento: 09/10/1967 14. Idade: 52 anos 15. Sexo: ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino
 16. Nome da mãe: Laurenete mª Ferreira
 17. Endereço do paciente: Frei Miguelinho

18. Endereço: 19. Nº 299 20. Bairro: Cruz Belca
 21. Município: Foz de Iguaçu 22. Referência:
 23. Local de ocorrência ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio ☐ 3. Trabalho
 24. Ocorrência relacionada ao trabalho ☐ 1. Sim ☐ 2. Não
 25. Tipo de atendimento ☐ 1. Clínico ☐ 2. Causa externa ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Obstétrico ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Trote ☐ 7. Cancelada/Removido antes ☐ 8. Remoção/Senha: Unidade Solicitante:

26. Tipo de vítima ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado
 27. Meio de locomoção da vítima ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro
 28. Mecanismo do trauma ☐ 1. Capotamento ☒ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro
 29. Natureza do acidente ☐ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 9. Ignorado ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/do veículo ☐ 6. Outro

30. Uso de capacete pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado 31. Uso de cinto pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado 32. Hálito alcoólico ☐ 1. Sim ☒ 2. Não

33. Intoxicação ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exógena ☐ 5. Outros ☐ 4. Animais peçonhentos
 34. Queda ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m

35. Agressão ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 5. Outros ☐ 4. Suspeita de abuso sexual
 36. Queimadura ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Choque elétrico ☐ 4. QBRN-e:

37. Vias aéreas ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída ☐ 3. Normal ☐ 4. Traqueíte ☐ 5. Bradipneia ☐ 6. Tórax com deformidades ou lesões
 38. Respiração ☒ 1. Normal ☐ 2. Apnéia ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento ☐ 5. Outro
 39. Circulação/pulso ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Chelo ☐ 4. Fino ☐ 5. < 2 Segundos
 40. Perfusão periférica ☐ 1. > 2 Segundos ☐ 2. < 2 Segundos

41. Saturação O₂ ☐ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento ☐ 5. Outro
 42. Coloração da pele ☐ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento ☐ 5. Outro
 43. Escala de CINCINNATI ☐ 1. Déficit motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala ☐ 4. Pupilas ☐ 1. Isocóricas ☐ 2. Miose ☐ 3. Midríase ☐ 4. Anisocoria ☐ 5. Reagente ☐ 6. Não reagente

44. Neurológico ☐ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão
 45. Pupilas ☐ 1. Isocóricas ☐ 2. Miose ☐ 3. Midríase ☐ 4. Anisocoria ☐ 5. Reagente ☐ 6. Não reagente
 46. Alergia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual? 47. Usa medicamento ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual? 48. Alguma patologia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual?

49. Oxigenioterapia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Tipo? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

ESCALA DE GLASGOW SCORE1: SCORE2: 53. SSVV
 50. Abertura ocular ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)
 51. Resposta verbal ☐ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)
 52. Resposta Motora ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)
 53. SSVV
 HORA: 13:05:00
 PA: 130/80
 FC: 100
 FR: 20
 TEMP: 36,6
 HGT: 109

54. Conduta ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED

55. História clínica atual, evolução e conduta: Paciente Pedro Robson 52 anos, residente em Foz de Iguaçu, o mesmo concorre, orientado, realizou exames de rotina e exames de imagem com uma fratura fechada na região do antebraço esquerdo, o mesmo foi encaminhado para o Hospital de Referência de Foz de Iguaçu.
 56. Observações: Freqüente, PI realizar exames.

57. Unidade de destino: HOF 58. Médico que recebeu:

59. Equipe
 Médico Assistente: Enfermeiro: Socorro:
 Conduzir/Piloto: Marcone Responsável pelo preenchimento: Gleane Ass: Conselho:
 Solicitou apoio da UTI: () Sim () Não Obs: Destino:
 Redirecionamento: () Sim () Não Causa:
 Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE:
 O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.
 Ass: Testemunha
 RG: Data: / / RG: Data: / /

61. Múltiplas vítimas () Sim () Não
 Nº de vítimas:
 Cenário:
 62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO:
☒ 1. Prancha nº 00 ☐ 2. Estab. de cabeça ☐ 3. KED ☐ 4. Colar ☐ 5. Tirantes





PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Senhor EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA, 52 anos, portador do RG: 35603150.0 e do CPF: 585.213.484-87 foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 23/06/2020, às 08:30min, acionado através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S 832153. O mesmo foi vítima de QUEDA DE MOTO em VIA PÚBLICA. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se CONSCIENTE, ORIENTADO, COM SUPOSTA FRATURA FECHADA NA CLAVÍCULA ESQUERDA. O mesmo foi removido para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

Dr. Osmir Alves
Coord. SAMU
207911

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE

Rua Prefeito Antônio de Lemos, 1947 – Nossa Senhora de Fátima – Moreno/PE – CEP: 54.800-000
FONE: 3535.4591 / E-mail: coordenacao.beiro@gmail.com



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: 22/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

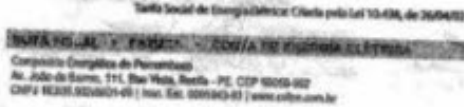
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01294

CONTA: 000000026068-6

Nr. da Autenticação ACDC362E594F7037





EDAROBSONE DOS SANTOS FERREIRA
PRAO COLONIA FUTEBOL CLUBE
CPF - 585.213-484-87

PACHECO CAVALERO
JARDIM DOS GUARAPES PE
54290-031

0096505-035 07/2020
09/07/2020 04/08/2020
96 40

114545588	UNICA	020117020
020117020	200075941	1340265

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNO	VALOR UNIT
Consumo Abastecimento TUGD	105,0000000	0,42519867	44,70
Consumo Abastecimento TE	105,0000000	0,35818073	37,59
Consumo Rede Pública Municipal			10,77
ICMS Substituição - CDE-RF	105,0000000		0,71
ICMS Substituição - CDE-RF	105,0000000		0,80
Multa por atraso-RF	105,0000000		2,80
Multa por atraso-RF	105,0000000		0,82
Atualização ICMS-RF	105,0000000		0,27
Bônus ITRPU - art 21 da Lei 10-438/2002			-1,29

30,40

Nº DO MÓDULO SISTEMÁTICO	Tipo DA FUNÇÃO (A)	ÁREA DE CONHECIMENTO	HABILIDADE	DADOS DE AVALIAÇÃO	LEITURA DO TÍTULO	Nº DE PÁGINAS	COMENTÁRIOS	AUTOR	PORCENTAGEM CORRETA
							1.000%		100%

[illegible]

1. **Nome e Cognome:** _____
 2. **Indirizzo:** _____
 3. **Città:** _____
 4. **Provincia:** _____
 5. **Capo:** _____
 6. **Telefono:** _____
 7. **E-mail:** _____
 8. **Professione:** _____
 9. **Stato:** _____
 10. **Altre informazioni:** _____
 11. **Autografo:** _____
 12. **Data:** _____
 13. **Luogo:** _____
 14. **Altre informazioni:** _____
 15. **Autografo:** _____
 16. **Data:** _____
 17. **Luogo:** _____
 18. **Altre informazioni:** _____
 19. **Autografo:** _____
 20. **Data:** _____
 21. **Luogo:** _____
 22. **Altre informazioni:** _____
 23. **Autografo:** _____
 24. **Data:** _____
 25. **Luogo:** _____
 26. **Altre informazioni:** _____
 27. **Autografo:** _____
 28. **Data:** _____
 29. **Luogo:** _____
 30. **Altre informazioni:** _____
 31. **Autografo:** _____
 32. **Data:** _____
 33. **Luogo:** _____
 34. **Altre informazioni:** _____
 35. **Autografo:** _____
 36. **Data:** _____
 37. **Luogo:** _____
 38. **Altre informazioni:** _____
 39. **Autografo:** _____
 40. **Data:** _____
 41. **Luogo:** _____
 42. **Altre informazioni:** _____
 43. **Autografo:** _____
 44. **Data:** _____
 45. **Luogo:** _____
 46. **Altre informazioni:** _____
 47. **Autografo:** _____
 48. **Data:** _____
 49. **Luogo:** _____
 50. **Altre informazioni:** _____
 51. **Autografo:** _____
 52. **Data:** _____
 53. **Luogo:** _____
 54. **Altre informazioni:** _____
 55. **Autografo:** _____
 56. **Data:** _____
 57. **Luogo:** _____
 58. **Altre informazioni:** _____
 59. **Autografo:** _____
 60. **Data:** _____
 61. **Luogo:** _____
 62. **Altre informazioni:** _____
 63. **Autografo:** _____
 64. **Data:** _____
 65. **Luogo:** _____
 66. **Altre informazioni:** _____
 67. **Autografo:** _____
 68. **Data:** _____
 69. **Luogo:** _____
 70. **Altre informazioni:** _____
 71. **Autografo:** _____
 72. **Data:** _____
 73. **Luogo:** _____
 74. **Altre informazioni:** _____
 75. **Autografo:** _____
 76. **Data:** _____
 77. **Luogo:** _____
 78. **Altre informazioni:** _____
 79. **Autografo:** _____
 80. **Data:** _____
 81. **Luogo:** _____
 82. **Altre informazioni:** _____
 83. **Autografo:** _____
 84. **Data:** _____
 85. **Luogo:** _____
 86. **Altre informazioni:** _____
 87. **Autografo:** _____
 88. **Data:** _____
 89. **Luogo:** _____
 90. **Altre informazioni:** _____
 91. **Autografo:** _____
 92. **Data:** _____
 93. **Luogo:** _____
 94. **Altre informazioni:** _____
 95. **Autografo:** _____
 96. **Data:** _____
 97. **Luogo:** _____
 98. **Altre informazioni:** _____
 99. **Autografo:** _____
 100. **Data:** _____
 101. **Luogo:** _____
 102. **Altre informazioni:** _____
 103. **Autografo:** _____
 104. **Data:** _____
 105. **Luogo:** _____
 106. **Altre informazioni:** _____
 107. **Autografo:** _____
 108. **Data:** _____
 109. **Luogo:** _____
 110. **Altre informazioni:** _____
 111. **Autografo:** _____
 112. **Data:** _____
 113. **Luogo:** _____
 114. **Altre informazioni:** _____
 115. **Autografo:** _____
 116. **Data:** _____
 117. **Luogo:** _____
 118. **Altre informazioni:** _____
 119. **Autografo:** _____
 120. **Data:** _____
 121. **Luogo:** _____
 122. **Altre informazioni:** _____
 123. **Autografo:** _____
 124. **Data:** _____
 125. **Luogo:** _____
 126. **Altre informazioni:** _____
 127. **Autografo:** _____
 128. **Data:** _____
 129. **Luogo:** _____
 130. **Altre informazioni:** _____
 131. **Autografo:** _____
 132. **Data:** _____
 133. **Luogo:** _____
 134. **Altre informazioni:** _____
 135. **Autografo:** _____
 136. **Data:** _____
 137. **Luogo:** _____
 138. **Altre informazioni:** _____
 139. **Autografo:** _____
 140. **Data:** _____
 141. **Luogo:** _____
 142. **Altre informazioni:** _____
 143. **Autografo:** _____
 144. **Data:** _____
 145. **Luogo:** _____
 146. **Altre informazioni:** _____
 147. **Autografo:** _____
 148. **Data:** _____
 149. **Luogo:** _____
 150. **Altre informazioni:** _____
 151. **Autografo:** _____
 152. **Data:** _____
 153. **Luogo:** _____
 154. **Altre informazioni:** _____
 155. **Autografo:** _____
 156. **Data:** _____
 157. **Luogo:** _____
 158. **Altre informazioni:** _____
 159. **Autografo:** _____
 160. **Data:** _____
 161. **Luogo:** _____
 162. **Altre informazioni:** _____
 163. **Autografo:** _____
 164. **Data:** _____
 165. **Luogo:** _____
 166. **Altre informazioni:** _____
 167. **Autografo:** _____
 168. **Data:** _____
 169. **Luogo:** _____
 170. **Altre informazioni:** _____
 171. **Autografo:** _____
 172. **Data:** _____
 173. **Luogo:** _____
 174. **Altre informazioni:** _____
 175. **Autografo:** _____
 176. **Data:** _____
 177. **Luogo:** _____
 178. **Altre informazioni:** _____
 179. **Autografo:** _____
 180. **Data:** _____
 181. **Luogo:** _____
 182. **Altre informazioni:** _____
 183. **Autografo:** _____
 184. **Data:** _____
 185. **Luogo:** _____
 186. **Altre informazioni:** _____
 187. **Autografo:** _____
 188. **Data:** _____
 189. **Luogo:** _____
 190. **Altre informazioni:** _____
 191. **Autografo:** _____
 192. **Data:** _____
 193. **Luogo:** _____
 194. **Altre informazioni:** _____
 195. **Autografo:** _____
 196. **Data:** _____
 197. **Luogo:** _____
 198. **Altre informazioni:** _____
 199. **Autografo:** _____
 200. **Data:** _____
 201. **Luogo:** _____
 202. **Altre informazioni:** _____
 203. **Autografo:** _____
 204. **Data:** _____
 205. **Luogo:** _____
 206. **Altre informazioni:** _____
 207. **Autografo:** _____
 208. **Data:** _____
 209. **Luogo:** _____
 210. **Altre informazioni:** _____
 211. **Autografo:** _____
 212. **Data:** _____
 213. **Luogo:** _____
 214. **Altre informazioni:** _____
 215. **Autografo:** _____
 216. **Data:** _____
 217. **Luogo:** _____
 218. **Altre informazioni:** _____
 219. **Autografo:** _____
 220. **Data:** _____
 221. **Luogo:** _____

[illegible][illegible]



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu VALMIR Honório da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 601.228.354 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edirobson dos Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.213.484 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Edirobson dos Santos Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.213.484 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R- Ubirajara</u>	Número: <u>16</u>	Complemento: <u>casal</u>
Bairro: <u>Tabajara</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53.530-360</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9.8790-9451</u>

Local e Data: Recife 10 de Setembro 2020

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



Paciente:
EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Idade:
52 Anos e Meses 14 Dias

Prontuário
857193

Atendimento: Dt. Atend.
3456301 23/06/2020

Receituário

AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA

HD: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Dr. Thiago Lima
Ortopedista/Traumatologia
TEOT 13.49-CRM 17991

THIAGO DE ALMEIDA LIMA E SILVA - CRM: Nº.17991





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA
Sexo:
MASCULINO
Mãe:
LAURINETE MARIA FERREIRA

Idade:
52 Anos 8 Meses 14 Dias
Nasc.
09/10/1967
Contatos:
81. 88088227 | Celular: 81.

Endereço:
RUA FREI MIGUELINHO, N.º 78 - : N 78 BAIRRO: CRUZ DO REBOUCAS - CIDADE:
IGARASSU - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 23/06/2020 21:58
Prontuário: 857193
Nº. Atendimento: 3456301
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

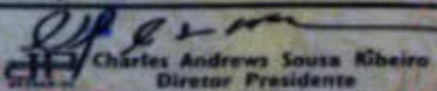
Médico:
EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E
SILVA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª VIA FARMACIA	2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: THIAGO DE ALMEIDA LIMA E SILVA - CRM: Nº.17991			
NOME DO PACIENTE EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA			
ENDEREÇO RUA FREI MIGUELINHO			
MUNICÍPIO IGARASSU		Nº 78	
BAIRRO CRUZ DO REBOUCAS		UF PE	
PRESCRIÇÃO			
R//USO INTERNO:			
1º PACO 30mg ---- 24 COMPRIMIDOS			
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS, SE DOR.			
<i>Dr. Thiago Lima</i> Ortopedista/Traumatologia CRM 17991			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME:			
IDENTIDADE:			
ÓRG. EMISSOR:			
END.:			
CIDADE:			
FONE:		ASSINATURA DO FARMACEUTICO	
UF PE		DATA: ____/____/____	

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1483262450	NOME VALMIR HONORIO DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 2948595 SSP PE	
	CPF 621.228.354-00	DATA NASCIMENTO 30/01/1970
	FILIAÇÃO VALDEMIR HONORIO DA SILVA MARIA DA PENHA DO NASCIMENTO	
	PERMISSÃO 	ACC 
Nº REGISTRO 05601193700	VALIDADE 28/08/2022	1ª HABILITAÇÃO 11/03/1997
 PROIBIDO PLASTIFICAR 1483262450	OBSERVAÇÕES KAR	
	 ASSINATURA DO PORTADOR	
	LOCAL PAULISTA, PE	DATA EMISSÃO 31/08/2017
	 Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente ASSINATURA DO EMISSOR	
	50981603055 PE081048661	
PERNAMBUCO		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

EDILSON DOS SANTOS FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORD. EMISSOR / UF
356031500 SSP SP

CPF
585.313.484-87

DATA NASCIMENTO
09/10/1967

PRONOME
NÃO DECLARADO

LAURINETE MARIA FERREIRA

PROFISSÃO

ESTADO CIVIL

Nº REGISTRO
02687020490

DATA EMISSÃO
05/02/2023

VALIDADEZ
07/01/2033

ASSINATURA

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
03/03/2017

ASSINATURA

ASSINADO POR

ASSINADO POR

PERNAMBUCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200324299 Cidade: Moreno Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA Data do acidente: 23/06/2020 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: **POUCA DOCUMENTAÇÃO/ UTILIZADO CONJUNTO PROBATÓRIO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255167/20

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

CPF: 585.213.484-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA : 585.213.484-87

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: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

VALMIR HONORIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200324299 Cidade: Moreno Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA Data do acidente: 23/06/2020 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: **POUCA DOCUMENTAÇÃO/ UTILIZADO CONJUNTO PROBATÓRIO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	EdiROBSON dos SANTOS FERREIRA.		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	NÃO INFORMADO.
Profissão:	VIGILANTE		
Identidade:	356031500-SSP-PE	CPF:	585.213.484-87
Endereço:	R- Frei MIGUELINHO, 299, CRUZ DE REDONDAS, IGARASSU PE.		

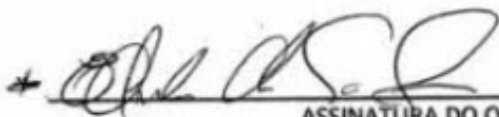
OUTORGADO:

Nome:	VALMIR HONORIO da SILVA.		
Nacionalidade:	2948.595-SSS/PE	Estado civil:	CASADO
Profissão:	-		
Identidade:	BRASILEIRO	CPF:	621.228.354-00
Endereço:	R- UBIRAJARA, 16, OLINDA- PE.		

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Recife 10 de setembro 2020.

LOCAL E DATA:

+ 

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255167/20

Número do Sinistro: 3200324299

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

CPF: 585.213.484-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA : 585.213.484-87

Autorização de pagamento

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: 15/10/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

VALMIR HONORIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos





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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324299

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

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 16120010

Pag. 0053300034 - carta_01 - INVALIDEZ

000202-67





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, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200324299 Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Data do Acidente: 23/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos "Dados Cadastrais", pois o entregue está incompleto.

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

Pag. 01017/01018 - carta_03 - INVALIDEZ

00000309



Carta nº 16139420





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, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324299

Vítima: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Data do Acidente: 23/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Recebedor: EDIROBSON DOS SANTOS FERREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001294

Conta: 0000026068-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

