

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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200050373

Vítima: MARCONE SILVA DE MELO

Data do Acidente: 01/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONE SILVA DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200050373

Vítima: MARCONE SILVA DE MELO

Data do Acidente: 01/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCONE SILVA DE MELO

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARSS)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: MARCOS GILSON DE MELLO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP AR 46/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
10 - Bairro:	11 - Cidade:	12 - Estado:	13 - CEP:	14 - Complemento:
15 - E-mail:	16 - Telefone:	17 - Celular:	18 - RG:	19 - CNH:

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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$2.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO SEGURO DPVAT (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POU PAMELA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (297)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (331)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 8310	CONTA: 40102 04	AGÊNCIA: 0000	CONTA: 0000
(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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE PRESENÇA 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 9.514/74), uma vez que:

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

Boltei o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem dorresseção 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 9.514/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso ocorra o seu cortejo.

DECLARAÇÃO DE OUTROS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou corpanheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou corpanheiros(a), informar o nome completo:		

28 - Vítima teve filhos:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Vivos	30 - Vítima deixou herdeiros:	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima deixou herdeiros:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha herdeiros, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Vivos	33 - Vítima deixou parentes vivos:	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	30 - Se tinha filhos, informar Falecidos:	<input type="checkbox"/> Falecidos	31 - Vítima deixou herdeiros:	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha herdeiros, informar Falecidos:	<input type="checkbox"/> Falecidos	33 - Vítima deixou parentes vivos:	<input type="checkbox"/> Não		

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte éguais de veículos que se apresentarem à direção desta edificação, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a configuração de fatores de veículos aceitáveis, 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: _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	40 - Local e Data: _____	41 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
----	----------------------------------------------------	---------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------------------------

INV 575324

DOI 1863 / 20



AMMS 575331

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

0042139/2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0114000739

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2020 às 11:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 1/11/2019 às 15:16

Fato ocorrido no endereço: **RUA SERRITA, 01, RUA MANOEL REGUEIRA - Bairro: BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53030-150**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**PREJUDICADO (AUTOR / AGENTE)
 JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA (OUTRO)
 MARCONE SILVA DE MELO (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCONE SILVA DE MELO

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

MARCONE SILVA DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA Pai: MARCOS AURELIO DE MELO Data de Nascimento: 27/8/1987 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7891766/SDS/PE (RG), 07856795450 (CPF) Profissão: ATENDENTE Telefones Celulares: - 81987707861

Endereço Residencial: **RUA JOAO GALHARDO, 142, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARCONE SILVA DE MELO Categoría/Marca/Modelo: CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 1,000 (UNIDADE) Valor Unitário: (REAL) Valor Total: (REAL)

Placa: **PDP9861 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Descrição: **CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR MARCONE SILVA DE MELO, QUEIXANDO QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA COM O CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE, PELA AVENIDA MANOEL REGUEIRA, BULTRINS, OLINDA/PE, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A DESLIZAR E DERRAPAR NO CHÃO, DEVIDO A CASCALHO NA VIA, CAINDO AO CHÃO, SOFRENDO UMA FRATURA NA TIBIA E FÍBULA. ALEGA O QUEIXOSO QUE FOI SOCRRIDO PELOS BOMBEIROS (CERTIDÃO 2019APH001415 DIV.OP) PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES , PRONTUARIO 130936, CNES 6431569.

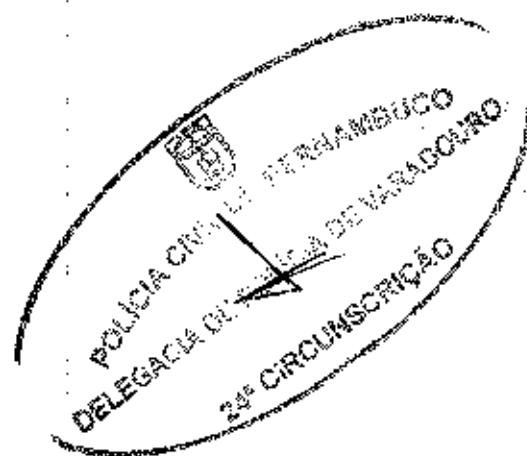
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Marcone Silva de Melo

**MARCONE SILVA DE MELO
(VITIMA)**

[Signature]

B.O. registrado por: **JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5**
(Liberado em 22/01/2020 às 12:02)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARSS)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: MARCOS GILSON DE MELLO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP AR 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
10 - Bairro:	11 - Cidade:	12 - Estado:	13 - CEP:	14 - Complemento:
15 - E-mail:	16 - Telefone:	17 - Celular:	18 - RG:	19 - Documento:

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\$2.00 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 SEGURO DPVAT (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POU PAMELA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (297) Itaú (341)
 Banco do Brasil (331) Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 8310	CONTA: 40102 04	AGÊNCIA: 0000	CONTA: 0000
(Inserir o dígito se existir)			

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

22 - DECLARAÇÃO DE PRESENÇA 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 9.514/74), uma vez que:

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

Boltei o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem doravante o 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 9.514/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso ocorra o seu cortejo.

DECLARAÇÃO DE OUTROS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:				
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou corpanheiro(a):	27 - Se a vítima deixou corpanheiros(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima faleceu:	31 - Vítima faleceu:	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós:	34 - Vítima deixou pais/avós:
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte éguais de veículos que se apresentarem à direção desta edição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a configuração de fatores de veículos aceitáveis, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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: _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
			Assinatura da testemunha	
			Assinatura da testemunha	

40 - Local e Data:	41 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
R\$ 001.000,00		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH001415 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). MARCONE SILVA DE MELO, 32 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7891766 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 078.567.954-50, residente à RUA JOAO GALHARDO, nº 142, CS, BULTRINS, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/11/2019, por volta das 15:16 hs, no endereço: RUA MANOEL REGUEIRA, S/N, BULTRINS OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA SHINERAY VERDE PDP9861-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) MARCONE SILVA DE MELO, inscrito sob o CPF nº 078.567.954-50 e Registro Geral nº 7891766, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707259-7 MICHELE. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 130938. Ficou aos cuidados do médico GUILHERME ANSELMO, registro 27749. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em: 21/01/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001415

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONE SILVA DE MELO

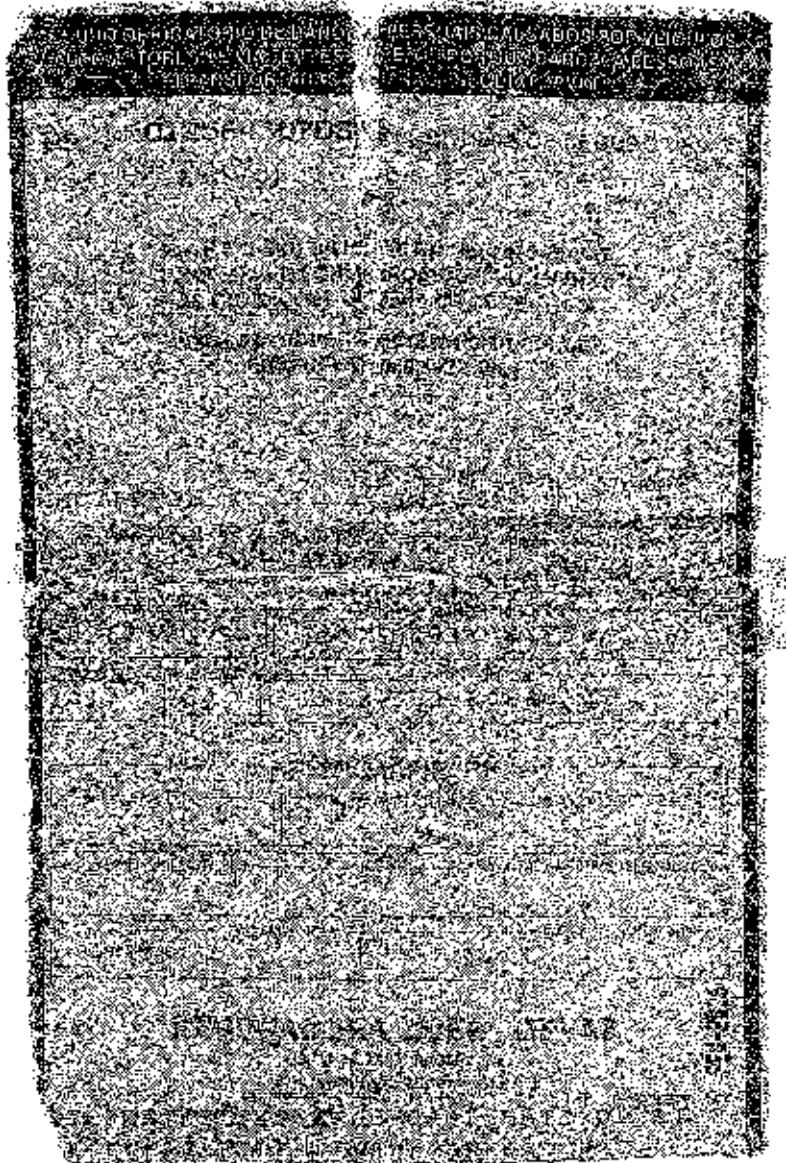
BANCO: 341

AGÊNCIA: 08310

CONTA: 000000040102-4

Autenticação:

823DA83AD83E480F7CCA5214C1C11E79004DF37D0946BFFD90FA0CB0B747EE22



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200050373 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONE SILVA DE MELO **Data do acidente:** 01/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P6 P12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

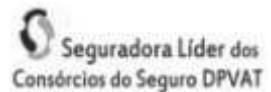
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041863/20

Vítima: MARCONE SILVA DE MELO

CPF: 078.567.954-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2019

Titular do CPF: MARCONE SILVA DE MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

MARCONE SILVA DE MELO : 078.567.954-50

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: 30/01/2020
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA
CPF: 065.793.954-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante MARCONA SILVA DE MELO

portador(a) do documento de identidade nº 7091766, expedido por SPI-PE, em

16/09/16, inscrito no CPF sob o nº 078567954-50, residente na

Rua São Salvador, nº 142,

complemento _____ Bairro BELTRIM, cidade

OLINDA, Estado PE

2. Outorgado Fábio José Gomes da Silveira

portador(a) do documento de identidade nº 70412652, expedido por SPI-PE, em

11/01/16, inscrito no CPF sob o nº 065793954-43, residente na

CSTMOS VELHOS, nº 9306070, nº 170

complemento _____ Bairro PSD, cidade

Olinda, Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

OLINDA 22 de Janeiro de 2020



Outorgante Marcone Silva de Melo

SERVIÇO INTEGRAL DE AUTOMÓVEIS - DIRETO AO CONSUMIDOR
www.serviciointegral.com.br - 0800 777 7777 - 0800 777 7777 - 0800 777 7777

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE:

MARCONA SILVA DE MELO

SELO: 0077651.ERL01202002.05771

AUTORIZADO: ANTONIO LUIZ LOUREIRO NETO

ENTREGUE PELO:

DA VERDADE

OLINDA, 22 DE JANEIRO DE 2020

Este documento é autenticado digitalmente com código digitalizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041863/20

Vítima: MARCONE SILVA DE MELO

CPF: 078.567.954-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2019

Titular do CPF: MARCONE SILVA DE MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

MARCONE SILVA DE MELO : 078.567.954-50

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: 30/01/2020
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA
CPF: 065.793.954-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino