
Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190610251

Vítima: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WERCLEI PEREIRA 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190610251

Vítima: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WERCLEI PEREIRA DA SILVA

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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000002991

Conta: 000986176301-0

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANO (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

054724014-00

4 - Nome completo da vítima:

WERCLEI VENTURA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

WERCLEI VENTURA DA SILVA

6 - CPF:

054724014-00

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA BENEFAÇA

9 - Número:

60

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NOVA LAGOA GRANDE

12 - Cidade:

LAGOA GRANDE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56395-000

15 - E-mail:

(11) 995024368

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CUNHADO) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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:

☐ RECLAM. INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE CONTA:

☐ BENEFICIÁRIO DA INCAPACITAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (PAI, CUNHADO, TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (106)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2991

CONTA:

986176701

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

- Não fui 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 a prossecução da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou O/C)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente:

25/09/2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital do Vítima ou Beneficiário ou Autorizado

35 - Nome legível de quem assina o pedido (e rogo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (e rogo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (e rogo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Retorno 25 DE OUTUBRO DE 2019

Wercleli Pereira de Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190610251
Nome do(a) Examinado(a): Werclei Pereira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Benitaka, 60
Nova Lagoa Grande Lagoa Grande PE CEP: 56395-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / BA] 1297961234
Data local do acidente: [07/08/2019]
Data local do exame: [07/11/2019] Petrolina [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DOS 20, 30 E 40 METATARSOS DO PE DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DOS 2 3 4 METATARSIANOS COM SINTESE OSSEA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
CICATRIZES COM BOM ASPECTO
EDEMA RESIDUAL NO PE DIREITO.
DEFICIT LEVE NA FLEXÃO DOS 2 3 4 PODODACTILOS DIREITOS
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL LEVE AOS 20, 30 E 40 PODODACTILOS DO PE DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
2º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
3º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Marcelo Coimbra
Ortopedista - Reumatologista
Boleiros da Coluna
CRM/PE - 5145
Medico Paulo



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 215ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA GRANDE -
DP215ªCIRC DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0305000720

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às
10:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/8/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE, 1, AVENIDA
NILO GOELHO - CENTRO - Bairro: CENTRO - LAGOA
GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A DEFINIR (AUTOR VAGANTE)
CIVALDO DA SILVA RIBEIRO (OUTRO)
FRANCISCO ANTÔNIO DE SOUZA (TESTEMUNHA)
JOSENILTON FERREIRA SOBRAL (TESTEMUNHA)
WERCLEI PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(s)
Sr(s): WERCLEI PEREIRA DA SILVA

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

WERCLEI PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
JOSEFA MARIA DE SANTANA SILVA Pai: ELIAS PEREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
2/8/1981 Naturalidade: JUAZEIRO / BAHIA / BRASIL Documentos: 1297861294/80P/BA (RG),
85477401400 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 82197298

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE, 60, RUA BENETAKA - MORADA
NOVA - CEP: 9 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**A DEFINIR (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FRANCISCO ANTÔNIO DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones
Celulares:
- 86506087

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE, 80, RUA C - MORADA NOVA - CEP:
9 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSENILTON FERREIRA SOBRAL (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado CNA:
CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones
 Celulares:
 - 86474332

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 20, RUA CABERNET - MORADA
 NOVA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

CIONALDO DA SILVA RIBEIRO (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentar:
 87251104459 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão:
 AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
 - 81855744

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 20, RUA OZAMA GOMES DE
 BARROS - CRISTO REI - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO
 /BRASIL

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

MOTO PLACA KKM2652 (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **CIONALDO DA SILVA
 RIBEIRO**, que estava em posse do(s) Sr(s): **WERCLEI PEREIRA DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKM2652 (PERNAMBUCO/LAGOA GRANDE)** Renavam: **450226502** Chassi:
LB4NE104100004423
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2008**
 Descrição: **MOTO PLACA KKM2652**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO SOFRIDO QUANDO CONDUZIA A
 MOTOCICLETA DA OCORRÊNCIA, QUE, INCLUSIVE, SE ACHA LICENCIADA PARA
 TERCEIRA PESSOA. RELATA QUE TRANSITAVA PELA AVENIDA NILO COELHO,
 CENTRO DESTE MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO
 REFERIDO AUTOMOTOR, CAINDO NO MEIO DA VIA. RELATA QUE EM RAZÃO DA
 QUEDA, LESIONOU O PÉ DIREITO, TENDO O DIAGNÓSTICO DE FRATURA 92, 93 E 94
 METATARSO DE PÉ DIREITO, SID 992, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA PARA
 LIMPEZA E FIXAÇÃO COM FIO K, CONFORME INFORMAÇÕES MÉDICAS DO
 ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA DR FÁBIO AMORIM - CRMPE 19531 / CRMBA
 23216, DATADAS DE 11.08.2019. RELATA QUE FOI INICIALMENTE ATENDIDO EM
 07.08.2019, RECEBENDO OS PRIMEIROS SOCORROS NO HOSPITAL DE ENSINO
 SUPERIOR DR WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS, SITO NO MUNICÍPIO DE
 PETROLINA, ONDE, ALIÁS, FOI CIRURGIADO E ONDE PERMANECIU INTERNADO POR
 QUATRO DIAS.

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

X *Wercle Pereira da Silva*
WERCLEI PEREIRA DA SILVA
 (VÍTIMA)

S.O. registrado por: *Emmanuel Roberto de Araujo Filho* MAT. 221.881-2 -
 Matrícula: 221881-2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DIAM (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

054774014-00

4 - Nome completo da vítima:

WERCLEI PENEIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

WERCLEI PENEIRA DA SILVA

6 - CPF:

054774014-00

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA PENEIRA

9 - Número:

60

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NOVA LAGOA GRANDE

12 - Cidade:

LAGOA GRANDE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56395-000

15 - E-mail:

16 - Telefone:

(81) 995024368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 2 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:

☐ RECIUSO INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.301,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.300,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ GERAL (BANCA DE PAGAMENTO)

☐ REPRESENTANTE LEGAL (BANCA DE PAGAMENTO DA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Análise sem opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2991

CONTA:

986176701

0

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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Viúvo

☐ Divorçado

☐ Separado

☐ Outros

26 - Se a 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:

☐ Vivos

☐ Falecidos

30 - Vítima deixou (sextos) (sextos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ 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 - Imprimir e digitalizar a assinatura da vítima ou do representante legal

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:

Porto Alegre, 25 de OUTUBRO de 2019

Wercleli Peneira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da Seguradora (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

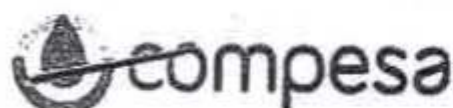
CLIENTE: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02991

CONTA: 000986176301-0

Nr. da Autenticação 2B0531A1EC7A8086



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - NUM. - 00070 - CENTRO PETROLINA
PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 18660814 Mai/2019
SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
R DA CANAFISTULA, N. 00225 - - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633
0-035
INSCRIÇÃO: 111.860.339.0010.980 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 018660814

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1		
HIDRÔMETRO A11U157642	DATA LEIT. ANTERIOR 14/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 13/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO	

ÁGUA:

LEIT ANT: 2527 CONSUMO: 37
LEIT ATU: 2564
LEIT FAT: 2564

ESGOTO:

LEIT ANT: VOLUME: 37
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

04/2019 27 /27
03/2019 36 /36
02/2019 32 /32
01/2019 25 /25
12/2018 33 /33
11/2018 29 /29
MÉDIA: 30 /30

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
TURBIDEZ	130	130	128
COR APARENTE	130	130	125
CLORO RESIDUAL	130	130	130
COLIF. TOTAIS	130	130	125
E. COLI	130	130	130

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3
31 M3 A 50 M3 - R\$ 7,75 POR M3

CONSUMO

TOTAL(R\$)

10 M3 41,30
10 M3 47,40
10 M3 56,30
7 M3 54,25

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.ASP?XTIPO=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 COAF³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 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 THIAGO ANDRÉ MANGABEIRA DE CARVALHO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 079.529.654/17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
WERCLEI PEREIRA DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o nº 054774014/00
do sinistro de DPVAT cobertura WVANDER da Vítima WERCLEI PEREIRA DA SILVA
inscrito (a) no CPF sob o nº 054774014/00, 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 a 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>RUA CANARYTOLA</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ANHA BOMBA</u>	Cidade: <u>PETROLINA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56330-035</u>	Tel. (DDD) <u>995024368</u>

Local e Data: PETROLINA, 25 DE OUTUBRO DE 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Ficha de Atendimento - Emergência Not. Ati

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51538692
Paciente: WERCLEI PEREIRA DA SILVA
Mãe: JOSEFA MARIA DE SANTANA SILVA
Endereço: RUA 11, nº 0 - VILA MARCELA / PETROLINA (PE)
CNS: 700605982094764 Doc. Identificação: Nasc.: 02/06/1981 Idade: 38
Telefone: (87) 98197290

HM: 18:40

ANAMNESE DO MÉDICO

paciente vítima de acidente de moto
com lesões e edemas no pé dir. Meds Alorigen
qz O RX pé dir - P / oblique
RX Tórax dir - P / oblique
part.

Dr. Paulo Amorim
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 19.531
CRM BA 23.216
SBO: 12.162

Alto Fístula Fenda 2,3 - 4,4 Metatarsos pé dir

qz O RX Tórax dir - P / oblique
part.

Dr. Paulo Amorim
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 19.531
CRM BA 23.216
SBO: 12.162

Micella Mendes Pimenta
Assistente Administrativo
CRM BA 23.216
SBO: 12.162

HU UNIAF
26 09 2019

Ass. Paciente: _____

Salda: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Data de Imprecisão: 02/09/2019

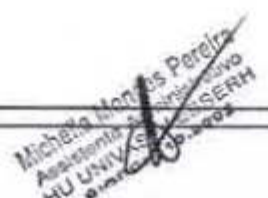
Hora: 17:35

HU, preserve-o, ele também é seu.

	SUS Sistema Único do Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOL DE INTER	CH ACAO <i>Bruna/ag. 19</i>
--	--	---------------------------	------------------------------------	--

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS	4 - CID 6042414
--	--	--	---------------------------

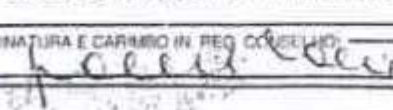
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 6 - NOME DO PACIENTE WILSON PEREIRA DA SILVA		7 - ACOMPANHANTE PERMITIDO	8 - PRETENDIMENTO 21020002
9 - CNES 700605982094764	10 - RG 5477401400	11 - NASCIMENTO 02/06/1981	12 - SEXO M
13 - RAÇA/COR BRANCA		14 - PES/PREVISTO NÃO	
15 - NOME DA MÃE JOSEFA MARIA DE SANTANA SILVA		16 - TELEFONE DA UNIDADE (87) 98132290	
17 - NOME DO RESPONSÁVEL JOSEFA MARIA DE SANTANA SILVA		18 - TELEFONE DE CONTATO (87) 98132290	
19 - ENDEREÇO RUA 11 - N.º 1 - VILA MARCELA		20 - ETNIA BRANCA	
21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PETROLINA		22 - CDD/IBGE 2511101	23 - UF PE
		24 - CID 6042414	25 - CDD 21020002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
26 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E EDEMA EM PÉ DIREITO.	
27 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE CIRURGIA.	
 Assistentia de Enfermagem HU UNIV. DE PERNAMBUCO 01/08/2019	
 Dto: 26/09/2019	
 CRM 14.182	

28 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAME CLÍNICO + RADIOGRAFIA.	
29 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	
30 - CID 10 PRINCIPAL S92.1	31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METATARSÍANOS	
33 - CLÍNICA 	34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
35 - DOCUMENTO () CNES (X) CPF	36 - N.º DOCUMENTO (CNES/CPF) 1324318454
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE FABIO HENRIQUE RODRIGUES DE AMORIM	38 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/08/2019
39 - ASS. CARIMBO IN REG. CRESS/INQ. 195511/CREMEPE	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS):			
40 - ACIDENTE DE TRABALHO 	41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFICO 	42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFICO 	43 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFICO
44 - CNPJ DA SEGURADORA 	45 - N.º DA POLÍCIA 	46 - CNPJ DA EMPRESA 	47 - CNPJ DA EMPRESA
48 - CNPJ DA EMPRESA 	49 - CNPJ DA EMPRESA 	50 - CNPJ DA EMPRESA 	51 - CNPJ DA EMPRESA
52 - VÍCIOS COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO REGISTRADO			

AUTORIZAÇÃO	
53 - NOME PROF. AUTORIZADOR 	54 - CDD/IBGE
55 - DOCUMENTO () CNES (X) CPF	56 - N.º DOCUMENTO (CNES/CPF) PROF. AUTORIZADOR
57 - DATA DE AUTORIZAÇÃO 08/08/19	58 - ASSINATURA E CARIMBO IN REG. CRESS/INQ. 
59 - N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO INQ. - CRESS/INQ. 	

FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF

PRONTUÁRIO	DATA
Sexo ☒ M ☐ F	Idade
ASA	Urgência
SIM ☐ NÃO ☐	

NOME: Vitoria Pereira da SilvaCIRURGIÃO: Dr. FernandoANESTESIOLOGISTA: Dr. Celso

PROCEDIMENTO

INÍCIO: 14:50 TÉRMINO: 12:40

CONDIÇÕES DE ENTRADA

Anamnese:

Alergia: ☐ Não ☐ SimJejum: ☐ >8h ☐ <8hPatologias: ☒ Não ☐ Sim

Exames:

PA:

FC:

SAT:

OUTROS:

HORÁRIO

O2

N2O AR

SAT

TCG

LICO2

DIURESE

LÍQUIDOS

Símbolos

240

220

200

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Posição

Hemocomponentes

☐ Não ☐ Sim

Antibiótico

☐ Profilático☐ Terapêutico

Dose:

Hora:

Dose:

Hora:

Descrição:

MEDICAÇÃO

Dose

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Nome: WERCLEI PEREIRA DA SILVA Chegada: 07/08/2019 17.15.09
Sexo: MASCULINO Idade: 38
Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 02/06/1981

Queixa Principal:	DOR E EDEMA EM PÉ DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM;									
Fluxograma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES					Discriminador: EDEMA				
Parâmetros:	Glicemia Capilar			Escala de Coma de Glasgow:						
	Pulso		Ritmo:		Sat O2 (%):					
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor: 4		PA					
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	☒	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO			
Flu. Interno:	ORTOPEDISTA									
Classificador:	CAMILA DA SILVA CARVALHO			COREN / CRM: 390002		Hora de Início CR: 07/08/2019 17:26:59		Hora de Fim CR: 07/08/2019 17:28:48		

Queixa Principal:										
Fluxograma:						Discriminado				
Parâmetros:	Glicemia Capilar			Escala de Coma de Glasgow:						
	Pulso		Ritmo:		Sat O2 (%):					
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		PA					
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO			
Fluxo In: 3:										
Classificador:				COREN / CRM:		Hora de Início CR:		Hora de Fim CR:		



Michelle Mendes Pereira
Assessoria Administrativa
FONE: (11) 2109-2002

HUNA F EBSER

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: **WERCLEI PEREIRA DA SILVA**

IDADE: **38A**

DATA DE ADMISSÃO: **07/08/2019**

PRONTO-SOLAR: **51538692**

DATA DE ALTA: **11/08/2019**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

FRATURA 02, 03 E 04 METATARSO DE PÉ DIREITO.

CID: **S92**

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE PÉ DIREITO. SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO (LIMPEZA CIRURGICA + FIXAÇÃO COM FIO K.) SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO, FERIDA OPERATORIA LIMPA, SEM FLOGOSE COM BOA PERFUSÃO DISTAL.

RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOAS CONDIÇÕES CLINICAS E COM ORIENTAÇÕES.

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA MOTORA
CARGA ZERO (NÃO PISAR)
RETIRAR PONTOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COM 15 DIAS.

RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO AMBULATORIAL APÓS 15 DIAS

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SOLICITAÇÃO EM ANEXO) DIA DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).

PETROLINA-PE 11/08/2019

12/09/19
07:00
Dr. MONTANARI
Ortopedia
RA 23.218
CEP 54.102

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____ REGISTO Nº _____

Pet Wanieli Pereira do Silva vítima
de acidente automobilístico em 07/08/19
em Lagoa Grande - PE sendo morador
do 1º e HU; com fratura principal da
coluna na 1ª direita. Diagnóstico
de fratura aberta das vertebrais (02, 03
04), sendo submetido a tratamento
cirúrgico com fixação com parafusos.

O mesmo requerido todo tratamento pro-
porção para o tratamento regular de tra-
ta permanente.

Suspeitos presenciais: para total das
vertebrais, com fratura, quadro clínico
elétrico, marcha prejudicada =>

Isabela Gomes da Silva Medeiros
Fisioterapeuta
CREFITO 264926-F

DATA: 25/10/19

ASSINATURA E CARIMBO

Per sem condições de rede em
prática nos diários habituais.
com prejuízo nos AVD's e perda
de 80% do funcionamento, com alta
dependência.

END: 592

Izabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREITO 264926-F

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PEDRO MELLO
NÃO PLASTIFICAR

REN 6046 049710

Werclei Pereira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 12.979.612-34 DATA DE EMISSÃO 11-09-2015

NOME WERCLEI PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ELIAS PEREIRA DA SILVA
JOSEFA MARIA DE SANTANA SILVA

NATURALIDADE JUAZEIRO BA DATA DE NASCIMENTO 02-06-1981

DOC ORIGEM C.CAS. CM STA. MARIA DA BOA VISTA PE DS
LAGOA GRANDE LV 04 FL 114 RT 1724

CPF 054.774.014-00

Faustina Maria de Oliveira

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015101859790
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 189286328 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
CIGONALDO DA SILVA RIBEIRO

LAGOA GRANDE-PE 0

CPF / CNPJ 078.511.044-59 PLACA KEM2652

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI LB4NE10419C004423

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO I / YINXIANG IROS ONE ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CIL. 25 / 124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 30.11 IOP (R\$) 0.52 PRÊMIO TOTAL (R\$) 30.63 DATA DE PAGAMENTO 14/03/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LAGOA GRANDE

DATA 20/08/19

ROBERTO CARLOS MOTAIS FORTALEZA
DIRETOR DE REGISTRO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015101859790 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CIGONALDO DA SILVA RIBEIRO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

LAGOA GRANDE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/08/19

VIA 1 CPF / CNPJ 078.511.044-59 PLACA KEM2652

RENAVAM 189286328 MARCA / MODELO I / YINXIANG IROS ONE

ANO FAB. 2008 CIL. IND. 09 Nº CHASSI LB4NE10419C004423

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATIAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOP (R\$) 0.32 TOTAL DO PAGAMENTO DEBÍTO (R\$) 84.53

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 14/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: WERCLEI PEREIRA DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 12979612-34 CPF: 054.774.014-00
End: RUA BENEFATA, Nº 60 - NOVA LAGOA GRANDE,
LAGOA GRANDE - PE - 56395-000

Outorgado: THIAGO ANDRÉ MANGABEIRA DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 9071033 CPF: 079.529.654-17
End: RUA CANAFISTOLA, Nº 226 - SÍTIA BRANCA -
RETROLINA - PE 56330-035

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima:

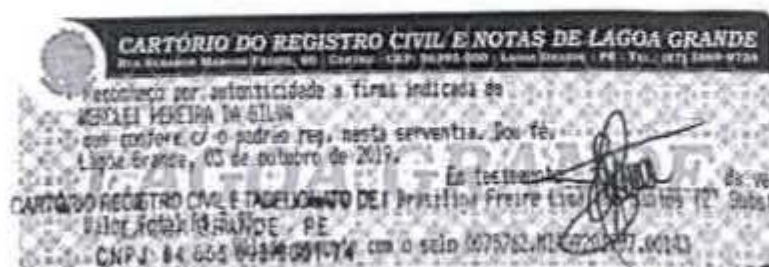
WERCLEI PEREIRA DA SILVA - NATUREZA: INVALIDIZ
DATA ACIDENTE: 07/08/2019

LAGOA GRANDE, 03 de Outubro de 2019.

RECONHEÇO

Werclel Pereira da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2ª Substituta

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378151/19

Vítima: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

CPF: 054.774.014-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 07/08/2019

Titular do CPF: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO : 079.529.654-17

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

WERCLEI PEREIRA DA SILVA : 054.774.014-00

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: 29/10/2019
Nome: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 079.529.654-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190610251 **Cidade:** Lagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WERCLEI PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO

Descrição do exame CICATRIZES COM BOM ASPECTO

físico: EDEMA RESIDUAL NO PÉ DIREITO.

DEFICIT LEVE NA FLEXÃO DOS 2 3 4 PODODACTILOS DIREITOS

Resultados terapêuticos: FRATURAS CONSOLIDADAS COM BOM ALINHAMENTO ANATOMICO
EDEMA RESIDUAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50