

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, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

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



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, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432378 **Vítima: JOSE FABIO DA SILVA**

Data do Acidente: 22/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIO 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



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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

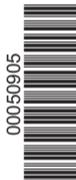
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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.

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



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, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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.

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





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, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432378 **Vítima: JOSE FABIO DA SILVA**

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FABIO 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE FABIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000001120-7

Conta: 000010024687-7

Tipos: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite de indenização por invalidez permanente que é de R\$ 12.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidoz 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

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, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432378 **Vítima: JOSE FABIO DA SILVA**

Data do Acidente: 22/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 12/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15768714



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

0241466/19

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

2 - N° do sinistro ou ASI: **3190432378** 3 - CPF da vítima: **058.138.434-26** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE FABIO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: JOSE FABIO DA SILVA	6 - CPF: 058.138.434-26
7 - Profissão: REC. INF.	8 - Endereço: RUA JOSE TRAJANO QU. DAPPA
11 - Bairro: ALTO SÃO SEBASTIÃO	12 - Cidade: QU. DAPPA
13 - Estado: PE	14 - CEP: 55415-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81)9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 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 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1120** CONTA: **24687** DIGITO: **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 da Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado Civil da vítima: Solteiro casado (ho. Civil) Divorciado Separado (cialmente) Viúvo 26 - Data da morte 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vámenes)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve imóveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha imóveis, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	---	--	---

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

34
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Quipapa/PE 09/10/2019**

Jose Fabio da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0241466/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 077^ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA -
DP77^ªCIRC DINTER1/13^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0167000290

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2019 às
15:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 22/2/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 61, TRAVESSA
SEBASTIÃO TEODÓSIO - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO
/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARY LANE DE LUCENA (OUTRO)
JUNIOR (OUTRO)
JOSE FABIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(a): JUNIOR.

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

JOSE FABIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc: JOSEFA
MARIA DA SILVA Pai: JOSE MILTON DA SILVA Data de Nascimento: 4/8/1977 Naturalidade:
QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5502657/SSP/PE (RG) Estado Civil:
AMASADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones:
Celulares:
- 81989383236

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 61, RUA JOSE TRAJANO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 61 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MARY LANE DE LUCENA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc: MARIA
JOSE DE LUCENA Pai: ORLANDO JOSE DE LUCENA Naturalidade: QUIPAPA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4116338/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A)

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DPCAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 SET 2019
Centro Desportivo 6/8, Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5 Recife - PE



Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: ADVOGADO(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE QUIPAPÁ, 86, RUA JOSÉ MACHADO DIAS,86.
CENTRO QUIPAPÁ-PE - CEP: 56660-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPÁ/PERNAMBUCO
/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE QUIPAPÁ, 86 - CEP: 56660-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

JUNIOR (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento:
1/1/1998 Naturalidade: QUIPAPÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: MOTORISTA
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE QUIPAPÁ, 81 - CEP: 56660-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/XR (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) MARY LANE DE
LUCENA, que estava em posse do(a) Sr(a): JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO Objeto apreendido: N/A
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KMW9295 (PERNAMBUCO/QUIPAPÁ) Renavam: 84292ET68 Chassi:
8C2MD34884R824882
Ano Fabricação/Modelo: 2004/2004 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, NO DIA 22/02/2019 PELA NOITE, ESTAVA COMO GARUPA NA
MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, DIRIGIDA POR SEU SOBRINHO JUNIOR, QUANDO
SEU SOBRINHO PASSOU NUM QUEBRA MOLAS NA TRAVESSA SEBASTIÃO
TEODÓSIO, CENTRO DE QUIPAPÁ, A VÍTIMA ALEGA QUE CAIU E BATEU COM O
ROSTO NO CHÃO, VINDO A FRATURAR OS DOIS LADOS DA MANDÍBULA. ALEGA
AINDA QUE PROCUROU O HOSPITAL MUNICIPAL DA CIDADE E DE LÁ FOI
ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA, ONDE FOI REALIZADA
UMA CIRURGIA NO LOCAL FRATURADO. SEM MAIS A RELATAR, ENCERRO ESSE
SOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA AS PROVIDÊNCIAS CABIVEIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente, para unidade policial

Jose Fabio da Silva
JOSE FABIO DA SILVA
(VITIMA)



S.O. registrado por: IZABELLE MARIA DA SILVA - Matrícula: 387475-3
77º Circunscrição



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

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

058.138.434-26 JOSE FABIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: **058.138.434-26**

7 - Profissão: **REC. INF.** 8 - Endereço: **RUA JOSE TRAJANO**

9 - Número: **08** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **ALTO SÃO SEBASTIÃO** 12 - Cidade: **QUIPAPÁ**

13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55415-000**

15 - Tel.(DDD): **(81) 9665-0494**

16 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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"/> RECURSO INFORMATIVO	<input type="checkbox"/> R\$1.00 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 BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo, assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0916** CONTA: **16297 2**

(Inserir o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que sou titular da validade do meu seguro/vivo do Instituto Médico Legal (IML) e não requerimento de laudo/avaliação do Seguro DPVAT (invalidez permanente), ou seja, que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, reconhecendo, desde já, em meu nome, autorização médica à Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévio concordado com a futura avaliação médica e renunciando ao direito de contestá-la, caso discorde da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Suiço: Cidade (município): Universitário: Separado judicialmente: Viúvo: 24 - País de origem da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima de seu cônjuge/parceiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima tiver ou não companheiro(a), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deviesse, a indenização do Seguro DPVAT para aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou omissão na verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

40 - Local e Data: **QUIPAPÁ/PE - 11/07/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **X Jose Fabio da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

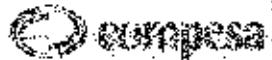
CLIENTE: JOSE FABIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01120-7

CONTA: 000010024687-7

Nr. da Autenticação 93D48A39B21A806F



CNPA 09-789-0050001-64
PRB-2007-09-005001-0014304-2

WILSON LIBRARY OF THE AMERICAN LIBRARIES ASSOCIATION

MEYER
LIBRARY
17 JUL. 2013

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 fazenda 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.

Reclamo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES, inscrito (a) no CPF 574.940.534-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE FABIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.138.434-26, do sinistro do DPVAT cobertura ... INVALIDEZ da Vítima JOSE FABIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.138.434-26, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

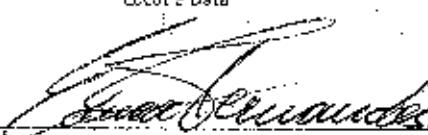
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	RUA JOAO BATISTA	Número	370
Bairro	CENTRO	Estado	PE
Cidade	SUEBIM	CEP	55750-000
E-mail	PFSEGUEOS.1994@YAHOO.COM.BR	Fone comercial (DDD)	(81) 9663-0454
		Fone celular (DDD)	(81) 8133-5022

SUEBIM/PE, 11 de JULHO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

17 JUL. 2019

QUIPAPÁ (PE), 25 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: JOSE FABIO DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO N° 3190432378

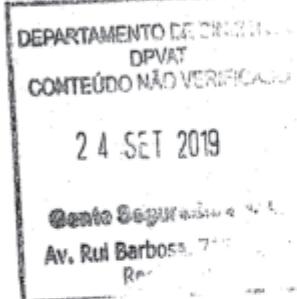
Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 22/02/2019, me encontrava APENAS COMO GARUPA da motocicleta HONDA XR 250 TORNADO de placa KKW 0295, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço " JUS ".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Jose Fabio da Silva
JOSE FABIO DA SILVA
VITIMA/BENEFICIARIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M° Digna Passos de Melo

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá

Data:

Hora:

Município:

Telefone:

Nome:

Endereço:

Nome da Mãe:

Acompanhante e/ou Responsável:

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	05/09/23	<input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro	00000000000000000000
<input type="checkbox"/> Caso de polícia		<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Estrangeiro	UF: 00

Pressão arterial P脉搏 Temperatura HGT Exames complementares:

Max: 100 mmHg Pulso: 80/min Retais:

Olhos
 Olhos seco e doloroso
 Dolor ótico, dor
 Dor no olho
 Olhos seco e doloroso
 Olhos seco e doloroso
 Olhos seco e doloroso
 Olhos seco e doloroso

Tratamento:

Or Valeren 75mg
 Or Byp 1/4
 Or Macetam 400mg
 Or Byp 1/4
 Fato à 19:00 horas

Destino dado ao Paciente:

 Residência Internado

Encaminhador:

Removido:

Óbito às 18 min. Da dia

Impressão Diagnóstica:

Doenças Concedidas:

17 JUL 2010

Dr. José... RG... Assinatura: Dr. José...
 Ag. Rio Branco, 123, Centro, 59600-000
 Assinatura: Dr. José... CRM/RN...
 Assinatura: Dr. José... CRM/RN...

Eu, ... assumo integralmente a responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta instituição a mim ou a quem acompanhei para esse atendimento, mesmo que isto traga dano à minha saúde ou a pessoa admo relacionada.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você tem o direito, enquanto paciente, de ser informado do seu diagnóstico e dos procedimentos planejados ao seu caso, bem como sobre as alternativas terapêuticas.

Seu diagnóstico clínico: Fratura complexa de mandíbula (angulo G; corpo)

Planejamento cirúrgico: Assessore de fixação e compilação de material

Condições diferentes podem ser diagnosticadas no momento da cirurgia, exigindo procedimentos adicionais ou diferentes planejados. Assim como pode haver riscos e danos estiver mantendo a sua condição sem tratamento, há também riscos e danos relativos à execução dos procedimentos de diagnóstico, cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Dessa forma, no seu caso, há possibilidades de acordos:

Dor, desconforto e estresse

preferências e/ou estrato na dicotomização;

Resultados estéticos limitados ou indesejados

- Hemorragias, hematomas;
 - Lesões nervosas, provocando sensibilização alterada nos lábios, queixo, bochechas, nariz, língua, dentes e gengivas;
 - Função mandibular limitada (clismos, limitação de abertura bucal);
 - Lesões de estruturas ósseas (fraturas);
 - Lesões de dentes adjacentes, coroas e guarnições;
 - Desenvolvimento ou persistência de desordens temporomandibulares;
 - Remoção ou substituição dos materiais ou dispositivos implantados;
 - Comunicação bucoesinusal ou buconasal requerendo posterior reparo cirúrgico.

Outras condições:

Eu, José Gólio de Sá, fui esclarecido (a) sobre meu diagnóstico e plano de tratamento proposto, bem como tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas sobre os propósitos, riscos e alternativas de tratamento. Come também, dou plenos direitos para que todas as radiografias, fotografias, modelos, resultados clínicos, resultados laboratoriais e qualquer outras informações referentes ao planejamento e/ou tratamento tenham uso didático e/ou de divulgação científica (jornais, revistas, periódicos, congressos, seminários, meios digitais, etc.), tendo minha privacidade resguardada e respeitados os respectivos códigos de ética. Declaro ainda que este termo de consentimento foi completamente explicado para mim e, com base no mesmo que não possui ressalvas ou rasuras, estou autorizando Dr. a sua realização a realizarem os procedimentos cirúrgicos propostos.

Atribuição (a) da ciência ou responsabilidade

Testen und

కృష్ణాజీ

-17 JUL 2019

Rodovia BR-232, Km 156, s/n - Indaiatuba, PE, 55002-370 Correios S/A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Fabrício da Silva

Prontuário: 334389

Data: 12 / 03 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de ângulo mandibular (R) e corpo mandibular (R)

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno para ambulatório de Dr. Guedes Protávio, no dia 18/03/19,

às 07:00 - V.B.: levar todos os exames e marcar com antecedência.

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteosíntese de fratura completa da mandíbula (ângulo mandibular (R) e corpo mandibular (R))

Alta Hospitalar: Data: 12 / 03 / 19

Hora: 11:01 JUL 2019

CERTIFICO ESTA CONSULTA	
ACORDO COM O PACIENTE	
Assinatura do Médico	
Dra. Karoline Tavares Pontes Clínica e Traumatologia Especializada S/A. Residente HRA, Rua 773 - Loja 5 PROTÓCOLO CRM PE 4262019 52011-040	

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Diego da Silva

Prontuário: 334369

Data: 25 / 02 / 19 Hora 15:20

DIAGNÓSTICO:

Fratura do ângulo mandibular (L) e corpo mandibular (R)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar para o ambulatório do Dr. Buder Júnior, no dia (16/03/19)

as 07:00. OBS: levar todos os materiais e medicamentos

TRATAMENTO REALIZADO:

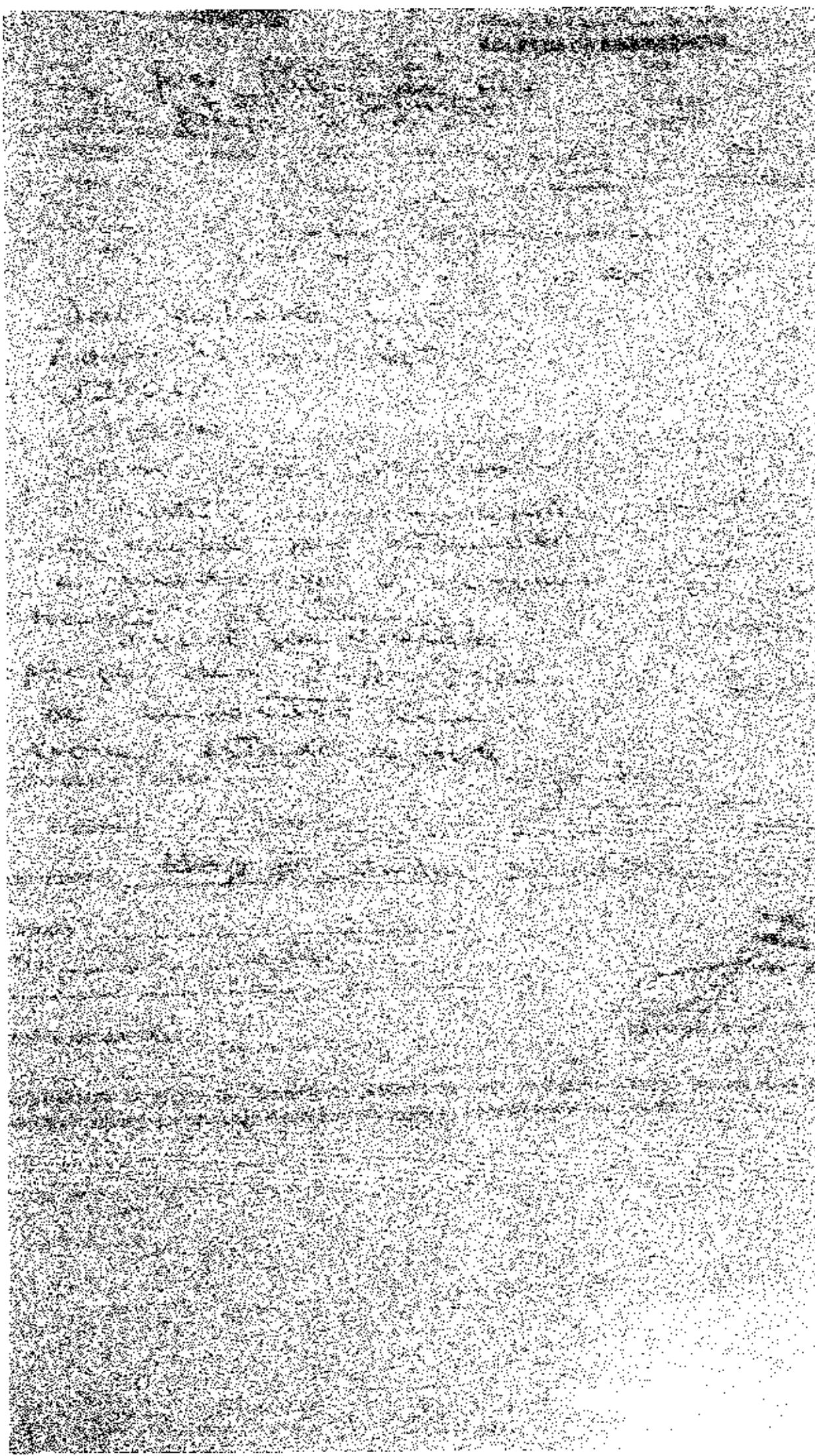
Anteriorização de fratura complexa do mandíbula (ângulo mandibular (L) e corpo mandibular (R))

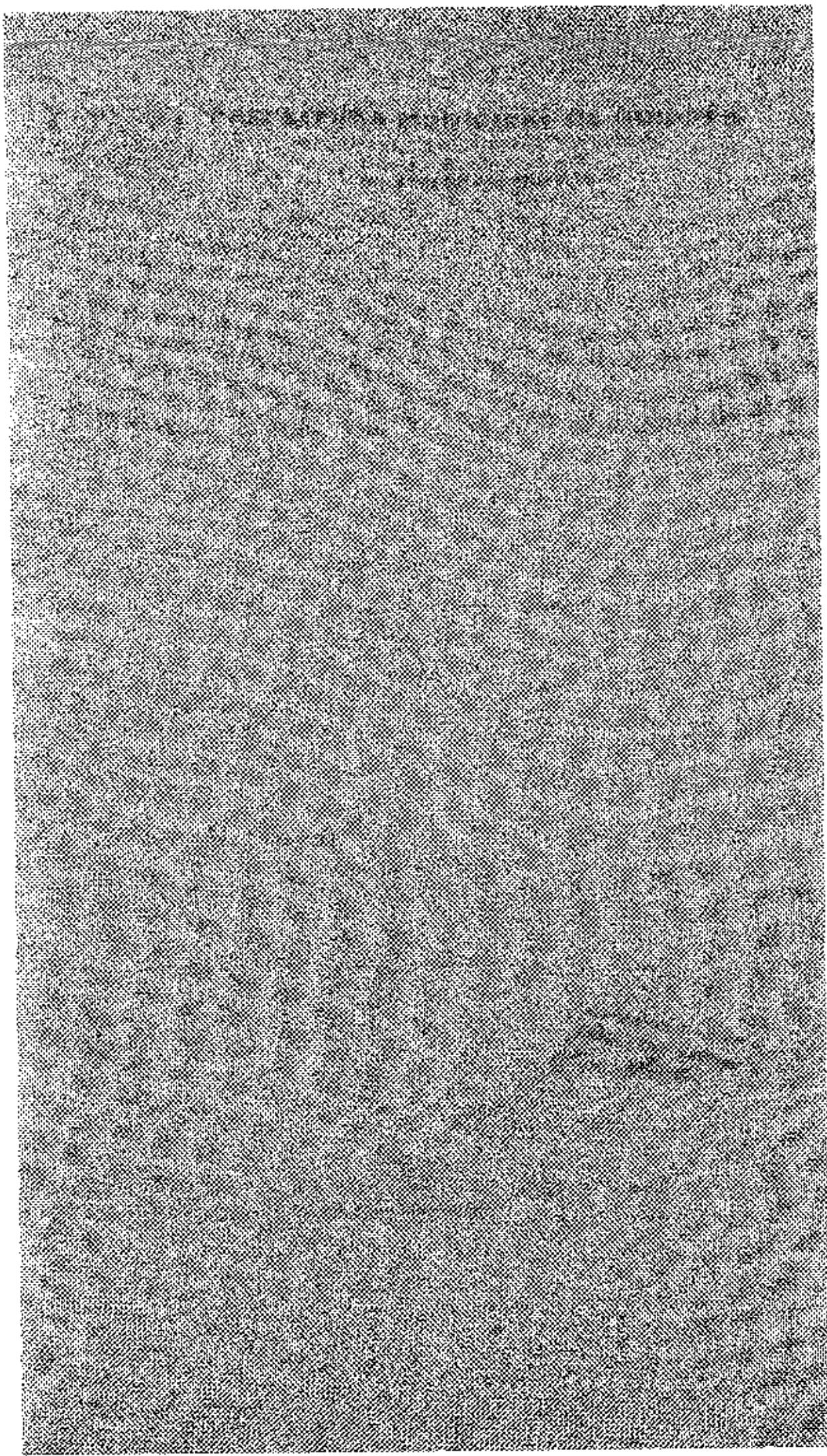
Alta Hospitalar: Data: 12 / 03 / 19 Hora: 11:00

Dra. Patrícia L. de Andrade / JUL. 2019
Residente CRM: 201355
Ass. de Médico e CRM
Carimbo

Dr. Buder Júnior
6:30







TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você tem o direito, enquanto paciente, de ser informado de seu diagnóstico e dos procedimentos planejados ao seu caso, voluntariamente, autorizar los.

Seu diagnóstico é:

Fratura complexa de mandíbula (ângulo @ corpo)

Planejamento de cirurgia:

Orto-tratamento de fratura complexa de mandíbula

Condições diferentes podem ser diagnosticadas no momento da cirurgia, exigindo procedimentos adicionais ou diferentes dos planejados. Assim como pode haver riscos e danos em manter a sua condição sem tratamento, há também riscos e danos relativos à execução dos procedimentos de diagnósticos, cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Dessa forma, no seu caso, há possibilidade de ocorrer:

Dor, desconforto e edema;

Infeções e/ou abscesso na cicatrização;

Resultados estéticos limitados ou indesejados;

Hemorragias, hematomas;

Lesões nervosas, provocando sensibilização alterada nos lábios, queixo, bochechas, nariz, língua, dentes e gengivas;

Fratura mandibular irredutível (trismos, limitação de abertura bucal);

Lesões de estruturas ósseas (fraturas);

Lesões de dentes adjacentes; próteses e/ou restaurações;

Desenvolvimento ou persistência de desordens temporomandibulares;

Remoção ou substituição dos materiais ou dispositivos implantados;

Comunicação bucossimétrica edentáculo requerendo posterior reparo cirúrgico

Outras condições:

Eu, José Fábio da Silva

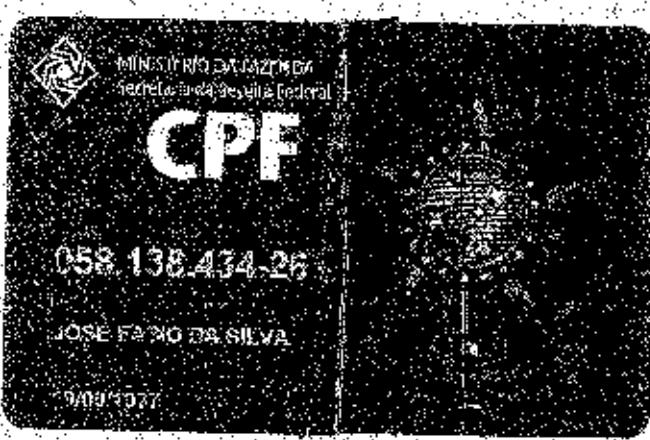
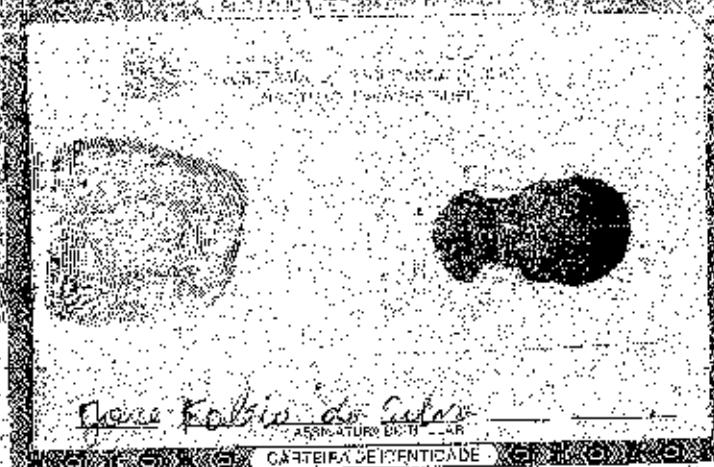
RG: 123456789, fui informado (a) sobre meu diagnóstico e plano de tratamento proposto, bem como tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas sobre os preços, riscos e alternativas de tratamento. Considerei, dou ciências diretas para que todos os radiografias, fotografias, modelos, resultados clínicos, resultados laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento e/ou tratamento tenham uso didático e/ou de divulgação científica (jornais, revistas periódicas, congressos, seminários, meios digitais, etc.), tendo minha privacidade resguardada e respeitados os respectivos códigos de ética. Declaro ainda que este termo de consentimento foi completamente explicitado para mim e, com base no mesmo que não possui reservas ou restrições, estou autorizando Dr. [] e sua equipe a realizarem os procedimentos cirúrgicos propostos.

Assinatura do (a) paciente ou responsável: José Fábio da Silva

Testemunha: []

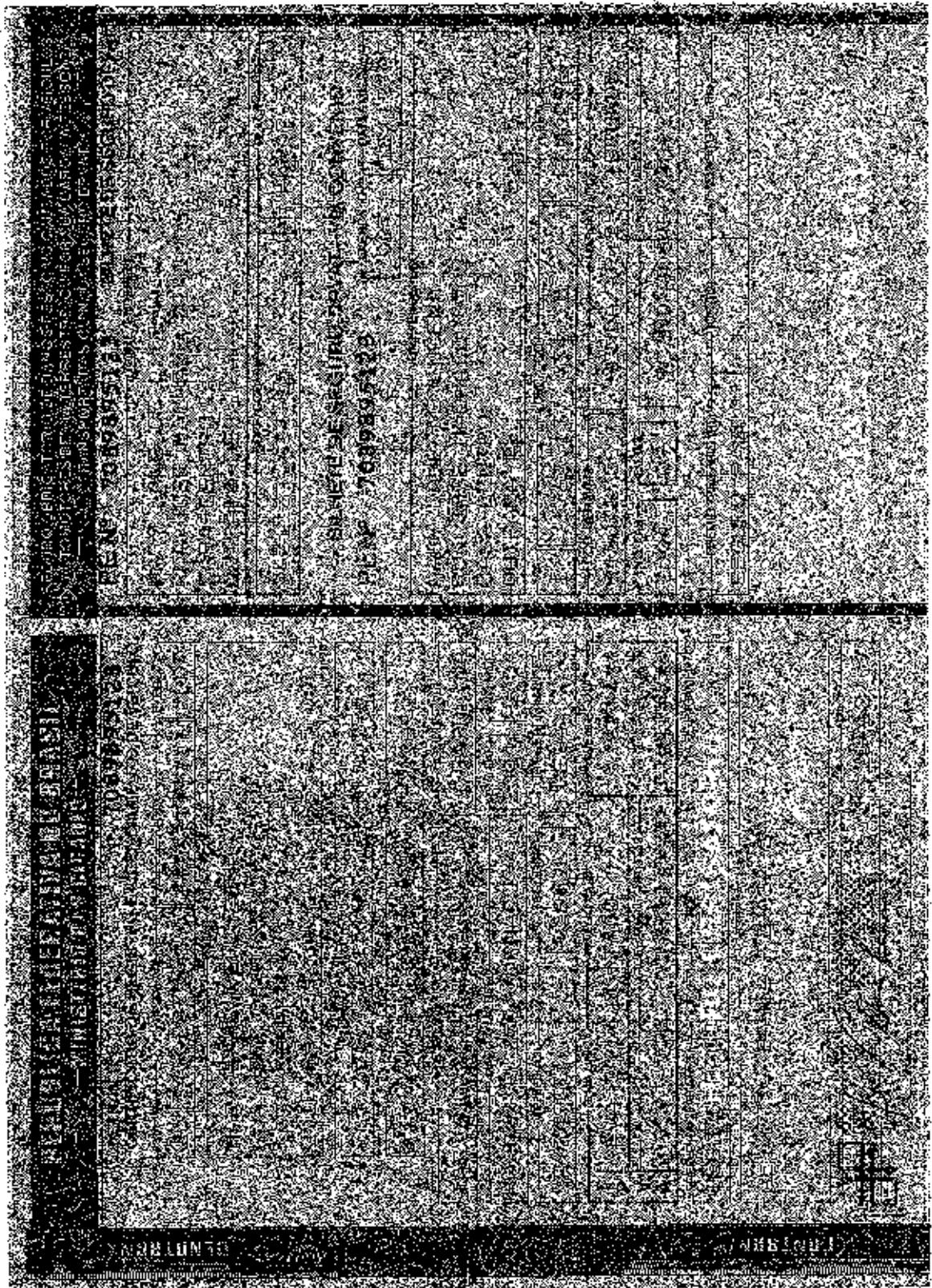
Cadastrado: _____ / _____ / _____

Rodovia BR-232, Km 130, s/n - Indianópolis, PE, 55002-970



17 JUL 2019

Confidential Information



17 JUL 2019

Gente Seguidora S/A
Av. Rui Barros, nº 75 - Freguesia
Cidade do Rio de Janeiro - RJ - 22250-002

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432378 Cidade: Quipapá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIO DA SILVA Data do acidente: 22/02/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (ANEXO 3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO RESIDUAL DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: **PMR - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA**

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE FABIO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 22/10/2019 | CPF DA VITIMA 058.438.4134-26PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A FERNANDESQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO.COM

A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR RUA JOAO BATISTANº 370 COMPLEMENTO CASA BARRA CENTROCIDADE SURUBIM UF PE CEP 55350-000E-MAIL BESSEGUELOS.JAH@YAHOO.COM.BR FONE (84) 9665-0454MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATORIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFROVE A EXISTÊNCIA

 DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AFTA DEFINITIVA BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVADE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de SOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE VITIMA, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO

DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVADE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DAMIS: VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI A.1947/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS): REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO.

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

IDENTIDADE 3.093.228-220-0001

NOME _____

ASSINATURA _____

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3190432378**

Data da solicitação: **27/03/2020**

Nome do beneficiário: **JOSÉ FABIO DA SILVA**

CPF do beneficiário: **058.138.434**

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: **26**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(81) 99665-0454**

Tel. Comercial: (.....) **300**

Tel. Residencial: (.....) **300**

E-mail: **██████████**

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

NÃO

SIM, informa qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: **DOCUMENTOS DE IMPÔSM (DESCRIÇÃO)**

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Aracaju, 27/03/2020

Local e Data

José Fabio da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprime o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que seu entrada inicialmente no seu pedido no Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/ultimo não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escutá-la pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	<u>JOSÉ FÁBIO DA SILVA</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>
IDENTIDADE:	<u>55.02.057/SSP/PE</u>
CPF:	<u>058.138.434-26</u>
DATA DO ACIDENTE:	<u>32/02/2019</u>
COBERTURA:	<u>Invalidez</u>
VÍTIMA:	<u>José Fábio da Silva</u>
ENDERECO:	<u>Rua José Trajano nº 08 Bairro: Alto São Sebastião Cidade: Quipapá - PE</u>

OUTORGADO

NOME:	<u>EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Funcionário Público Aposentado</u>
IDENTIDADE:	<u>309.8028-558/PE</u>
CPF:	<u>574.940.534-63</u>
ENDERECO:	<u>Rua João Batista, nº 370, centro, Serra Branca (PE)</u>

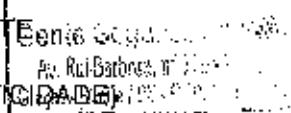
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Caxias - PE 21 DE *julho* DE 2019.

de CARTÓRIO

X-José Fábio da Silva 27 JUL 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



4º Cartório e Tabelionato Pça. Cel. Lacerdão Porto, 57 - Centro - Caruaru/PE - CEP 56002-430
Bol. Maria Regina Correia do Nascimento. Fone / Fax: (81) 3722-4614 • e-mail: 4cartorio@caruaru.pe.gov.br
Tabel.

Reconheço por semelhança a firma de: JOSE FABIO DA SILVA. Caruaru/PE. 02/07/2019 11:29:01 e dou fé. Em test. da verdade. FABIANA REINALDO SILVA DO NASCIMENTO - Substituta. Encr. R\$ 3,51. TANR R\$ 0,50. FERC R\$ 0,40. FERM R\$ 0,04. FUMSEG R\$ 0,08. ISS R\$ 0,08. Total R\$ 4,91. Constitui autenticidade ex.
Sel.: CC73214.LST04201903.C3820



(Handwritten signature of Jose Fabio da Silva)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241466/19

Número do Sinistro: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do acidente: 22/02/2019

CPF: 058.138.434-26

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FABIO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 07/05/2020

Data do cadastramento: 07/05/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 574.940.534-68

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA