
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



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



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

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 médico-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



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 médico-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



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

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,



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



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

2 - Nº 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: **JOSE FABIO DA SILVA** 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: **QUIRARA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55415-000**
15 - E-mail: **(81) 9665-0454**

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **1120** **7** CONTA: **24687** **5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 o dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do falecimento da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vive nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
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 - 18 | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 28 | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



0241466/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 077ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA -
DP77ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

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 - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **22/2/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01, TRAVESSA
SEBASTIÃO TEODÓSIO - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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(s): JUNIOR.



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

JOSE FABIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA
MARIA DA SILVA Pai: JOSÉ MILTON DA SILVA Data de Nascimento: 19/01/1977 Nacionalidade:
QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5502657/SSP/PE (RG) Estado Civil:
CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones:
Celulares:
- 21929323236

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 05, RUA JOSE TRAJANO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARY LANE DE LUCENA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE DE LUCENA Pai: ORLANDO JOSE DE LUCENA Nacionalidade: QUIPAPA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4116332/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A)

Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: ADVOGADO(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 06, RUA JOSÉ MACHADO DIAS, 06-
CENTRO-QUIPAPA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO
/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 06 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

JUNIOR (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: . Pai: . Data de Nascimento:
1/1/1999 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: MOTORISTA
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

Placa: KKW0295 (PERNAMBUCO/QUIPAPA) Renavam: 143025768 Chassi:
8C2M034004R014002
Ano Fabricação/Modelo: 2004/2004 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, NO DIA 22/02/2019 PELA NOITE, ESTAVA COMO CARUPA NA
MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, DIRIGIDA POR SEU SOBRINHO JUNIOR, QUANDO
SEU SOBRINHO PASSOU NUM QUEBRA MOLAS NA TRAVESSA SEBASTIÃO
TEODÓSIO, CENTRO DE QUIPAPA, A VITIMA 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
BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

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

Jose Fabio da Silva
JOSE FABIO DA SILVA
(VITIMA)



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) da 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 CADASTRALIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE FABIO DA SILVA

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 SEBASTIAO

12 - Cidade:

QUIPAPA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55415-000

15 - E-mail:

(81) 9665-0404

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:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0916

CONTA: 16297

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 quem eu tiver direito, renunciando 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 não há impedimento de acesso ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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, considerando, desde já, em meu benefício a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (m/civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devesse, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, no autoavaliação, estarem vivos, ainda, de que qualquer omissão ou verificação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

QUIPAPA/PE 11/07/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Gente Seguradora S/A

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:

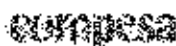
CLIENTE: JOSE FABIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01120-7

CONTA: 000010024687-7

Nr. da Autenticação 93D48A39B21A806F



CNPJ 09.789.095/0001-64
BRLC-EST. Nº 09.789.095/0001-64

[illegible]

VENDEDOR	VALOR	FORMA DE PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR
VENDEDOR	VALOR	FORMA DE PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR

17 JUL 2015

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 do 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 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 COAF**².

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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 534.940.534 / 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 INVALIDAÇÃO 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

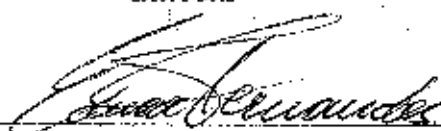
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

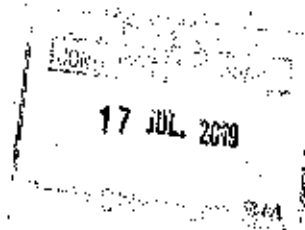
Endereço		Número	Complemento
RUA JOAO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CPF
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
AFSEGUROS1994@GALCO.COM.BR	(81) 9683-0454	(81) 8133-5022	

SURUBIM, 11 de JULHO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



QUIPAPÁ (PE), 25 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: JOSE FABIO DA SILVA
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190432378

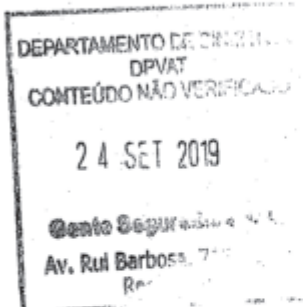
Prezado Senhor,

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.Sª, 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 QUIPAPA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M^{re} Digna Pessoa de Melo

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapa

Nome: Paula da Silva Data: 22/02/19
 Endereço: R. da Silva Hora: 19:36
 Nome da Mãe: Paula da Silva Município: Quipapa
 Acompanhante e/ou Responsável: _____ Telefone: _____

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<u>19/03/75</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro	
<input type="checkbox"/> Caso de polícia		<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Estrangeiro	
				UF: <u>PA</u>	

Pressão arterial	Pulso	Temperatura	HGT	Exames complementares:
Max: _____ Min: _____	_____	_____	_____	

*Paula
 Paciente vítima de acidente
 automobilístico com
 uso de cinto
 e queda a dor de
 cabeça vai para
 fratura com
 procedimento com o boneco*

Tratamento:
01 - Voltaren 75mg
01 - Naprox
01 - Dexametasona 4mg
01 - Naprox
Fato de 1950 Relato

Destino dado ao Paciente:

☐ Residência ☐ Internado

Encaminhador: _____

Removido: _____

Óbito às _____ H _____ min. Do dia _____

Encaminhado ao I.M.L. ☐

Impressão Diagnóstica: _____

Doenças Condições: _____

17 JUL 2019

Dr. Joséilson V. Gomes
 Assinatura: _____

Eu, _____ RG _____ assumo a inteira
 responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta instituição e minha pessoa ou a quem acompanhei para este
 atendimento, mesmo que isto traga danos a minha saúde ou a pessoa acima 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 a voluntariamente, autorizá-los.

Seu diagnóstico clínico:

Fratura completa de mandíbula (ângulo Q; corpo Q)

Planejamento cirúrgico:

Redução de fratura completa 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 diagnóstico, cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Dessa forma, no seu caso, há possibilidade de ocorrer:

Dor, desconforto e edema;

Infecções e/ou atraso na cicatrização;

Resultados estéticos limitados ou indesejados;

☒ Hemorragias, hematomas;

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

☒ Função mandibular limitada (trismos, limitação de abertura bucal);

☒ Lesões de estruturas ósseas (fraturas);

☒ Lesões de dentes adjacentes, próteses ou restaurações;

☐ Desenvolvimento ou persistência de distúrbios temporomandibulares;

☐ Remoção ou substituição dos materiais ou dispositivos implantados;

☐ Comunicação bucosinusal ou paranasal requerendo posterior reparo cirúrgico

Outras condições:

Eu,

RG,

foi 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. Como também, dou plenos direitos para que todas as 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, 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 for a sua equipe a realizarem os procedimentos cirúrgicos propostos.

Assinatura do (a) paciente ou responsável:

Testemunho:

Carimbo:

17 JUL 2019

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Fábio da SilvaProntuário: 334389Data: 12 / 03 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de ângulo mandibular (E) e corpo mandibular (D)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno para ambulatório de Dr. Caudes Pinheiro, no dia 18/03/19,às 07:00. VBS: levar todos os exames e marcas com antecedência.

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula (ângulo man-
dibular (E) e corpo mandibular (D).Alta Hospitalar: Data: 12 / 03 / 19Hora: 11:07 JUL, 2019

Dr. Karoline Tavares Pontes
Chefe e Traumatologia Documentação
Residência HRA
PROTÓCOLO GRUPO 428/2019 52011-040

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Mr. Fábio da SilvaProntuário: 334359Data: 25 / 02 / 19Hora: 15:20

DIAGNÓSTICO:

Fratura de ângulo mandibular (C) e corpo mandibular (D)

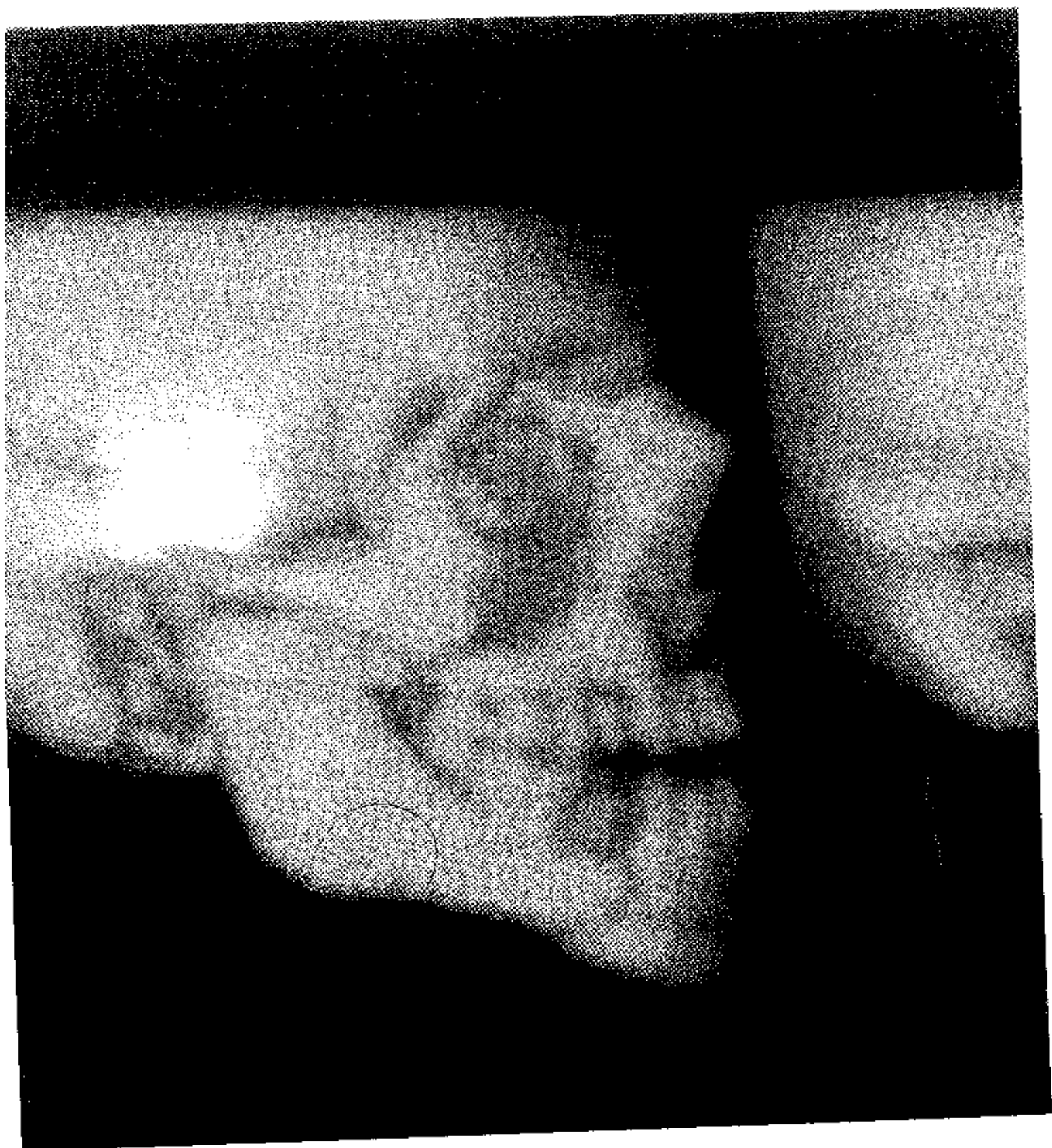
AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar para o ambulatório de Dr. Eudes Protorio, no dia 18/03/19,
às 09:00. OBS: levar todos os exames e marcar com antecedência

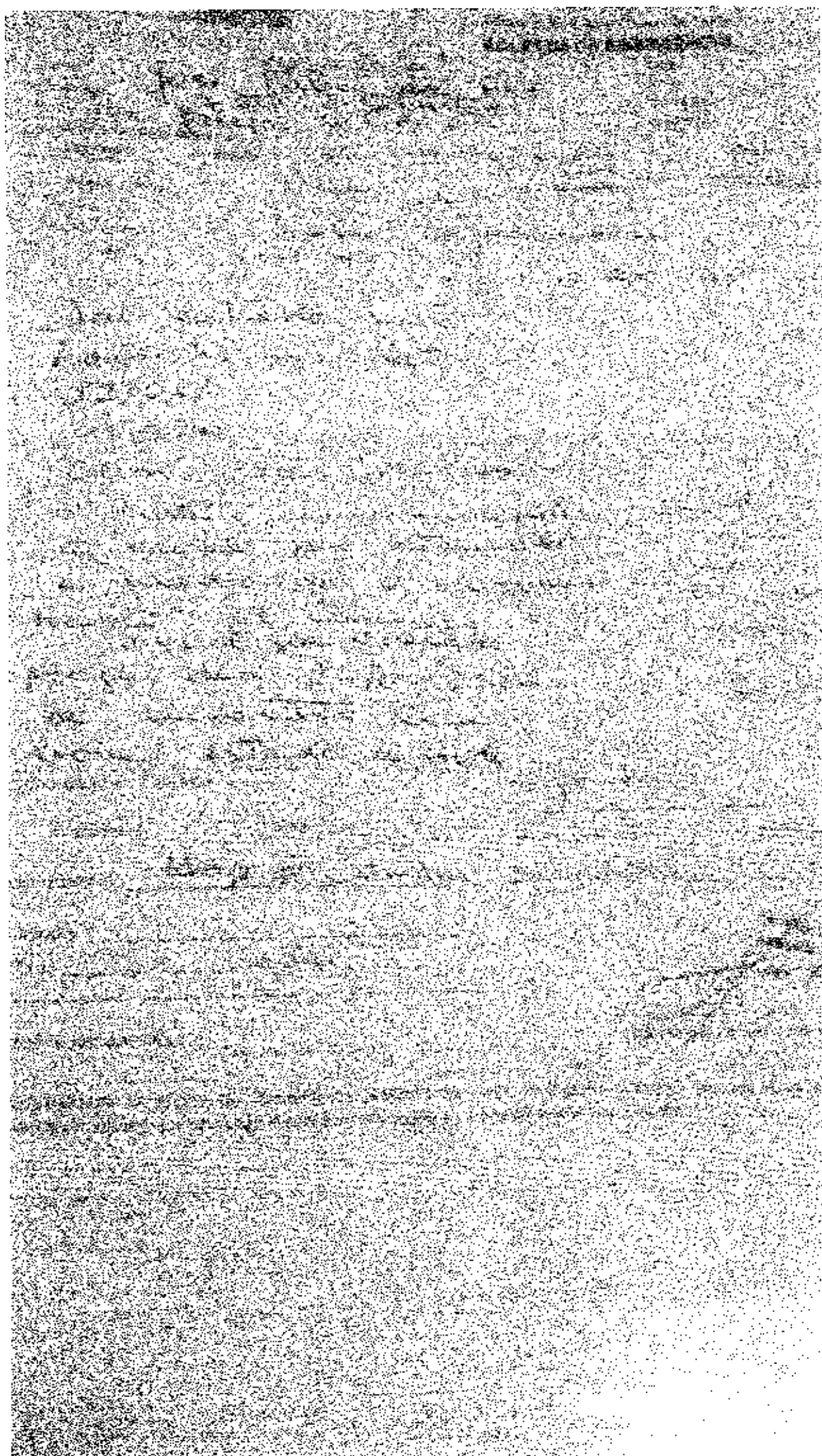
TRATAMENTO REALIZADO:

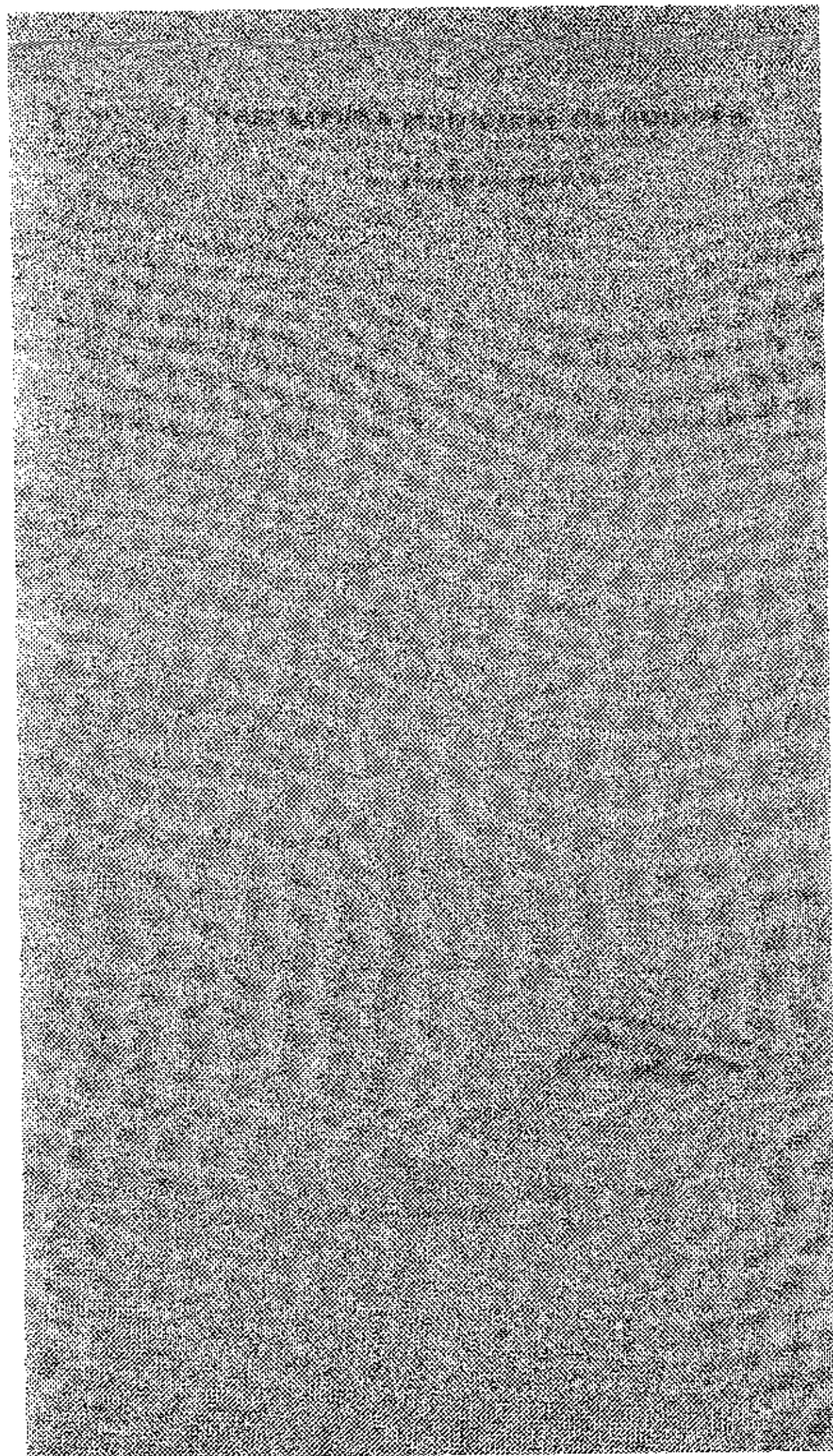
Intervenção de fratura complexa de mandibular (ângulo mandibu-
lar (C) e corpo mandibular (D))Alta Hospitalar: Data: 12 / 03 / 19Hora: 11:00Dr. 60365
630

Dr. Guilherme I. de Andrade / JUL 2019
Especialista em Traumatologia e Ortopedia
Residência HRA e SIA
Ass. de Médico e CRM
Carimbo









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 e voluntariamente autorizá-los.

Seu diagnóstico clínico:

Inativa complexa de mandíbula (ângulo) esquerda

Planejamento cirúrgico:

Osteotomia de fratura complexa de mandíbula

Condições pré-existentes 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 diagnóstico, cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Dessa forma, no seu caso, há possibilidade de ocorrer:

Dor, desconforto e edema;

Infecções e/ou abscesso na cavidade;

Resultados estéticos limitados ou indesejados;

☒ Hemorragias, hematomas;

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

☒ Função mandibular prejudada (trismos, limitação da abertura bucal);

☒ Lesões de estruturas ósseas (fraturas);

☒ Lesões de dentes adjacentes, próteses ou restaurações;

☐ Desenvolvimento ou persistência de distúrbios temporomandibulares;

☐ Remoção ou substituição dos materiais ou dispositivos implantados;

☐ Comunicação bucoossinusal ou buconasal requerendo posterior reparo cirúrgico

Outras condições:

Eu, José Paulo da Silva

RG 510.108.7 fui informado (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. Como também, dou meus direitos para que todas as 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 explicativo para mim e, com base no mesmo que não possui ressalvas ou reservas, estou autorizando eu e minha equipe a realizarem os procedimentos cirúrgicos propostos.

Assinatura do (a) paciente ou responsável:

José Paulo da Silva

Testemunhas:

☒

Cidade: _____

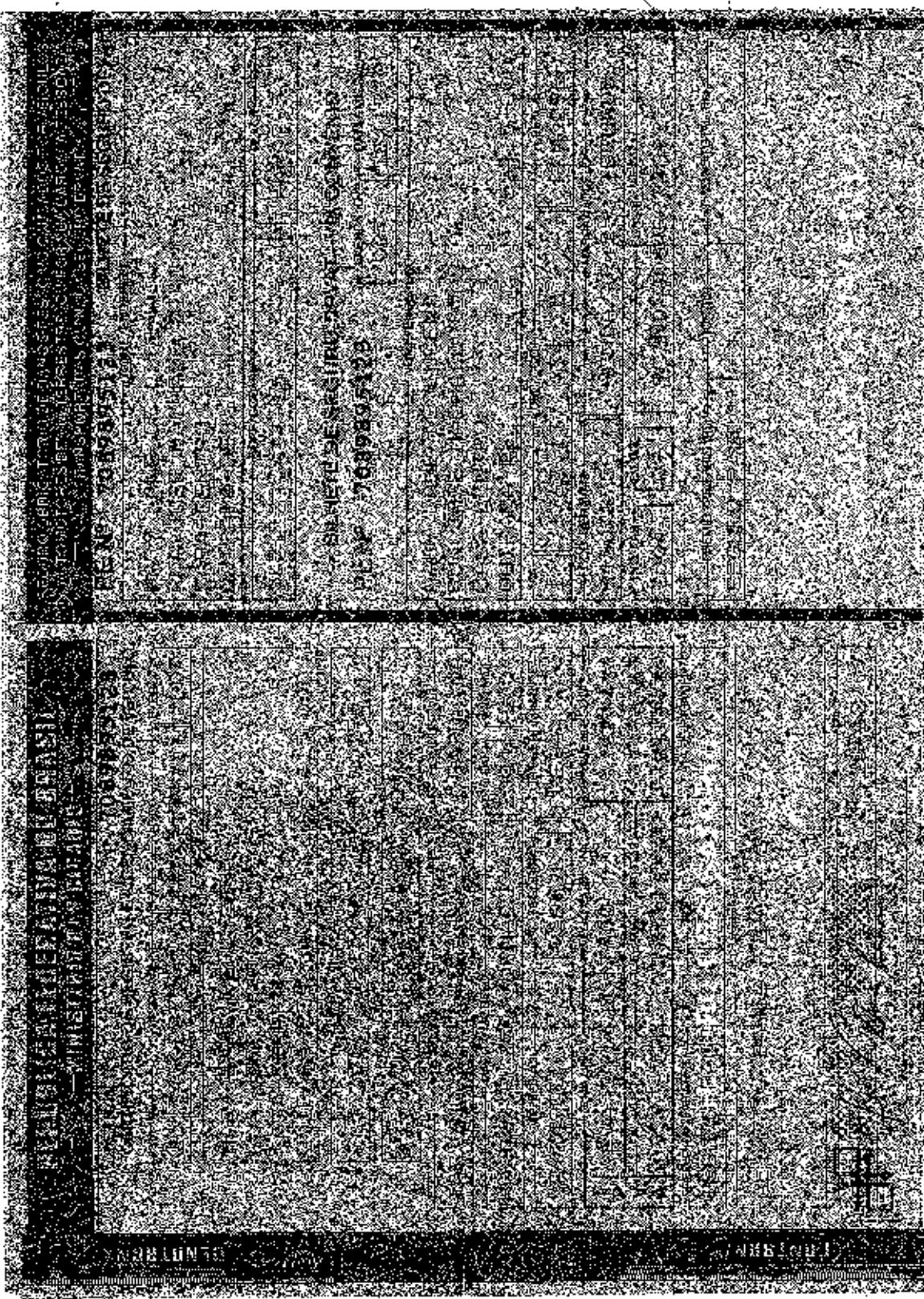
VOTO EM TORNADOZINHA
 NOME: JOSE FÁBIO DA SILVA
 NÚMERO: 3502037
 DATA DE EMISSÃO: 18.09.1973
 ENDEREÇO: José Milton da Silva e
 Jonefa Maria da Silva
 NATURALIDADE: Quipapá-PR.
 DATA DE NASCIMENTO: 19.09.1973
 RESIDÊNCIA: C.M.L. 904, L.A. 67, F. 63v. Cart.
 18. Distrito de Quipapá-PR.
 ASSINATURA: *Jose Fabio da Silva*
 LOCAL: Quipapá-PR.
 DATA: 18.09.1973

INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 IDENTIDADE
 ASSINATURA: *Jose Fabio da Silva*
 CARTÃO DE IDENTIDADE

Cartão de sua presença na eleição.
 Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.
 CONFID

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 CPF
 058.138.434-26
 JOSE FÁBIO DA SILVA
 09/09/1973

17 JUL 2019
 Conto Corrente S/A.



SECRET
17 JUL 2018
Gente Segura S.A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lapa
Rio de Janeiro, RJ 20040-000

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 CARLO DA SILVADATA DO ACIDENTE 22/02/2019 CPF DA VITIMA 058.338.434-26PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERNANDESQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SOFIA BATISTANº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SURUBAM UF PE CEP 55150-000E-MAIL afseguros@ppl.com.br TELEFONE (84) 9665-0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ () JULGADO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O JULGADO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ SOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ () CARTEIRA DE IDENTIDADE OU REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☐ () NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBUÍDO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MORTE = R\$ 13.500,00

INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

VALORES DE INDENIZAÇÃO DAS DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PRECATORIO). 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 FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE 3.092.018-5 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES

NOME

ASSINATURA

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: JOSE 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: (____) _____ Tel. Residencial: (____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPEAS 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 REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, (informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues):
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IMIL
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: DOCUMENTOS DE IMAGEM
(DESCREVER)

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

QUIPPA, 27/03/2020

Jose Fabio da Silva
Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/última não alfabetizado:

Caso alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	JOSÉ FABIO DA SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	5502057/SSP/PE CPF: 058.138.434-26
DATA DO ACIDENTE:	22/02/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ
VITIMA:	JOSÉ FABIO DA SILVA
ENDEREÇO:	RUA JOSE TRAJANO Nº 08 BAIRRO: ALTO SÃO SEBASTIAO CIDADE: QUIPAPA - PE

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADO
IDENTIDADE:	3092028-SSP/PE CPF: 574.940.534-63
ENDEREÇO:	RUA JOAO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SUCUBIM (PE)

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

CARUARU - PE 2 DE JULHO DE 2019

15 CARTÓRIO

X José Fabio da Silva 27 JUL. 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICAÇÃO)

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CARTÓRIO
15000-0000
27 JUL. 2019
Ass. Rui Barbosa, nº 210
CIDADE: CARUARU - PE



4º Cartório e Tabelionato

Pça. Cel. Leopoldo Porto, 57 - Centro - Caruaru/PE - CEP 55002-430
Bel. Maria Regina Correia do Nascimento Fone / Fax: (81) 3722-4614 - e-mail: 4cartorio@caruaru.gov.br

Tabela

Reconheço por semelhança a firma de: JOSE FABIO DA
SILVA. Caruaru/PE. 02/07/2019 13:29:01 e do: fé. Em

test. da verdade. FABIANA REINALDO

SILVA DO NASCIMENTO - Substituta. Emol R\$

3,51, TAFR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, FERM R\$

0,04, FURSEG R\$ 0,08, ISS R\$ 0,08, Total R\$

4,91 Consulte autenticidade em

Selo: CC73234.LGT04201903.C3820



[Handwritten signature]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241466/19

Número do Sinistro: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

CPF: 058.138.434-26

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FABIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

Data da apresentação: 07/05/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA