

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, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292341

Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDEIR PEREIRA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292341

Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALDEIR PEREIRA LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

154.832.654-24

4 - Nome completo da vítima:

VITORIA LANISSA ARAUJO LIMA

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:

154.832.654-24

VITORIA LANISSA ARAUJO LIMA

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

VIRGULINO FERREIRA 1326 CASA

9 - Número:

1326

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CONDAIS

12 - Cidade:

SENNA LIMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.900-000

15 - E-mail:

PA.99998.1472

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:

VALDEIR PEREIRA LIMA

18 - CPF do Representante Legal:

882.204.434-72

19 - Profissão do Representante Legal:

OMILERO

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

23 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA:

914

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 79157

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, caso constate a necessidade (assinalar uma das opções):

- Não há IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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

24 - Estado:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:						
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(s):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:								
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou nascituro (filhote)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não							

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

34
Impressão
digital
da
vítima
ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

SENNA LIMA - PE 12/10/2020

X Valdeir Pereira Lima
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

154.832.654-24

4 - Nome completo da vítima:

VITORIA LANISSA ARAUJO LIMA

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

5 - Nome completo:

VITORIA LANISSA ARAUJO LIMA 6 - CPF: 154.832.654-24

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

VIRGULINO FERREIRA 9 - Número: 1326

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro:

CONHAS

12 - Cidade:

SENNA LIMA

13 - Estado:

PE 14 - CEP: 56.900-000

SE - Tel. (DDD):

999998-1422

15 - 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:

VALDEIR PEREIRA LIMA

18 - CPF do Representante Legal:

882.204.434-72

19 - Profissão do Representante Legal:

OMILERO

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

23 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

914

CONTA:

79157

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, caso não seja possível apresentar o laudo (assinalar uma das opções):

- Não há IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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: Distrito Federal Cidade (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Vínuo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (feto vivo)?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

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

34
Impressão
digital
da
vítima
ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

SENNA LIMA - PE 12/08/2020

X Valdeir Pereira Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0267002494

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/08/2020 às 12:15****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **8/5/2020 às 20:40**

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1 - Bairro: SAO CRISTOVAO -
SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: CASAS BANDEIRANTES
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA (OUTRO)
VALDEIR PEREIRA LIMA (VITIMA)
VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDEIR PEREIRA
LIMA

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

VALDEIR PEREIRA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALAIDE RODRIGUES DE LIMA** Pai: **MANOEL PEREIRA LIMA** Data de Nascimento: **14/5/1974** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1801058/SSP/PB (RG) 88220443472 (CPF) 0148801713 (CNH)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PINTOR(A)** Telefones Celulares: **- 96233454**

Endereço Residencial: **RUA VIRGOLINO FERREIRA DA SILVA, 1326 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **RUA VIRGOLINO FERREIRA DA SILVA, 0, OFICINA SÃO JORGE - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CLAUDECIA ARAUJO DA SILVA** Pai: **VALDEIR PEREIRA LIMA** Data de Nascimento: **17/2/2007** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15483265424 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA VIRGOLINO FERREIRA DA SILVA, 1326 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDEIR PEREIRA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **DYN2991** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **930415280** Chassi: **9C6YG017070055872**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SR. VALDEIR PEREIRA LIMA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO DESLOCAVA-SE PELA AV. JOÃO GOMES DE LUCENA, NO SENTIDO SERRA TALHADA/RECIFE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCrita NESTE BOE., E LEVAVA CONSIGO COMO CARONA, A SUA FILHA A ADOLESCENTE VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA. INFORMOU O SR. QUE REDUZIU A VELOCIDADE, FOI PARA O ACOSTAMENTO, VERIFICOU QUE NÃO VINHA NENHUM VEÍCULO E FEZ A CONVERSÃO A ESQUERDA EM DIREÇÃO A BAIRRO COHAB, NESSE MOMENTO FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO, QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO QUE O SEU, PROVAVELMENTE COM OS FARÓIS APAGADOS, O ARREMESSANDO PARA O ACOSTAMENTO. A COLISÃO RESULTOU LESÕES NO NOTICIANTE E EM SUA FILHA, QUE FORAM SOCORRIDOS PELO CORPO DE BOMBEIROS, QUE OS LEVARAM AO HOSPITAL, NESTA CIDADE, ONDE RECEBERAM ATENDIMENTO MÉDICO. O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, O QUE NÃO PERMITIU A SUA IDENTIFICAÇÃO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

VALDEIR PEREIRA LIMA
(VITIMA)

Valdeir Pereira Lima

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

154.832.654-24

4 - Nome completo da vítima:

VITORIA LANISSA ARAUJO LIMA

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

5 - Nome completo:

VITORIA LANISSA ARAUJO LIMA 6 - CPF: 154.832.654-24

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

VIRGULINO FERREIRA 9 - Número: 1326

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro:

CONHAS

12 - Cidade:

SENNA LIMA

13 - Estado:

PE 14 - CEP:

56.900-000

15 - E-mail:

PA.99998.1472

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:

VALDEIR PEREIRA LIMA

18 - CPF do Representante Legal:

882.204.434-72 19 - Profissão do Representante Legal:

OMILERO

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

23 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA:

914

(Informar o dígito se existir)

3

(Informar o dígito se existir)

79.157

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, caso constate a necessidade (assinalar uma das opções):

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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: Distrito Federal Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Vínuo 24 - Data do óbito da vítima:25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (feto vivo)?: 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 Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão
digital
da
vítima
ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

SENNA LIMA - PE 12/10/2020

x Valdeir Pereira Lima 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEIR PEREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000079157-2

Nr. da Autenticação 8784392BADC1AEA3



Tarifa Social de Energia Elétrica - Cidade pele L

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. 26 de Setembro, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 5071-002
CNPJ 10.635.932/0001-06 - Telef. 0800 603949-93 / www.cefpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDEIR PEREIRA LIMA

CPF: 862 204 454-7211/S 12865675248

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VIRGULINO FERREIRA 1326

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
2105743010	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO PRÓXIMA LIQUIDA
02/04/2020	27/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	23,23

NR. DA NOTA FISCAL	Nº DO	EMISSÃO
102314854	UNICA	26/03/2020
APENAS	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2020	2002159288	3671785

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD ate 30 kWh	30.0000000	0,10136136	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	42.0000000	0,17376234	7,29
Consumo-TE ate 30 kWh	30.0000000	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	42.0000000	0,15989188	8,71
Contrib. Iuris. Pública Municipal			2,89
Multa por atraso-NF 094444430 28/01/20			0,47
Juros por atraso-NF 094444430 28/01/20			0,18
Atualização IGPM-NF 094444430 28/01/20			0,08
TOTAL DA FATURA			23,23



Tarifa Social de Energia Elétrica - Cidade pele L

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. 26 de Setembro, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 5071-002
CNPJ 10.635.932/0001-06 - Telef. 0800 603949-93 / www.cefpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDEIR PEREIRA LIMA

CPF: 862 204 454-7211/S 12865675248

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VIRGULINO FERREIRA 1326

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
2105743010	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO PRÓXIMA LIQUIDA
02/04/2020	27/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	23,23

NR. DA NOTA FISCAL	Nº DO	EMISSÃO
102314854	UNICA	26/03/2020
APENAS	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2020	2002159298	3671785

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

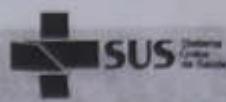
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD ate 30 kWh	30.0000000	0,10136136	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	42.0000000	0,17376234	7,29
Consumo-TE ate 30 kWh	30.0000000	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	42.0000000	0,15989188	8,71
Contrib. Iuris. Pública Municipal			2,89
Multa por atraso-NF 094444430 28/01/20			0,47
Juros por atraso-NF 094444430 28/01/20			0,18
Atualização IGPM-NF 094444430 28/01/20			0,08
TOTAL DA FATURA			23,23



CONHEÇA OS SEUS
PERNAMBUCO
PARA TORNAR-SE MAIS PERNAMBUCANO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



13 Anos

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 50

Data:	08.05.2020	Hora:	21:02		
Nome:	Júlia Laisa Drayffo de Lima	Profissão:	Estudante		
Nome Social:		Estado Civil:	Menina		
Nascimento:	17/02/2007	Sexo:	Feminino		
Escolaridade:		Responsável:	Menina		
Mãe:	Cláudia da Silva Coutinho				
Endereço:	Rua Unquimmo Veneno	Nº:	1326		
Bairro:	T. Neves	Município:	S. Joaquim Pt		
Certão SUS:	009 003410851447	RG/CPF:			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

paciente de cerca de 01
hora saiu de acidente de
moto

Tratamento:

O Rx torax PA
Rx de antebraço e braço E
Rx de tornozelo A e perna E
Rx de punhos A e perna E
Rx de joelhos A e perna E
Rx de tórax PA e lateral E

Hipótese Diagnóstica: d. ungue E,
d. luxação de radio e
d. luxação de ulna E

Carimbo: Dr. Anderson V. de Larenha e Sil
CHURGIA GERAL
CREMEPE 8.467/CRM-PB 3478

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

do Estabelecimento

SOLICITANTE:
PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

ARRETO GUIMARAES

DATA DA SOLICITAÇÃO:
09/05/20 00:10

Nº SOLICITAÇÃO
706013

paciente

NIÑO DE LIMA

Nº DO PRONTUÁRIO:

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO:
17/02/2007

SEXO:
FEMININO

ATUAJO

TELEFONE DE CONTATO:

RUA, 1326, SÃO CRISTOVÃO

COD. IBGE MUNICÍPIO:
2613909,00

UF:
PE

CEP:

funcionário

DATA DE EMISSÃO:
09/05/20 06:32

APAL SIMÕES

ESPECIALIDADE
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MEDICO REFERENTE - SERRA TALHADA

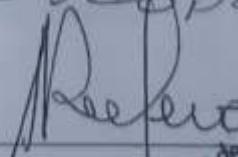
DATA DE AUTORIZAÇÃO:
09/05/20 05:50



Hospital São Vicente

~~Medico Responsavel
CPF: 000-000-0000~~

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/05/2020	Atendimeto: 0035962	Quarto/leito: 306 / 3
Paciente: 00246468 - VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA		
Cirugia Realizado:	N. do Procedimento:	
① Osteosseos Superficial ② Osteosseos profundo e ③ Osteosseos Tíbia e	040820393 040820423 0408050500	
Data: 10/05/2020	Inicio:	Término
Cirurgião: Pedro		
1º Auxiliar: ANTONIO		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Hélio		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: Bal pulsatil. Asperg. USE + Tensão Mau perfusão braço e dedos. Fixação abdu- cional e, viscoso os fixadores ferrosos. ② Sutura subcutânea com plástico 2/0, plástico, globoferro ferrosos festeiros Redutor e fixador é o usado Os fios. Kirschner. Sutura, 2/0 plástico.		
③ Asperg. USE + Tensão Mau perfusão foco festeiro Redutor e fixador esterilizado os fixadores ferrosos, globoferro ferrosos festeiros festeiros		
 Antônio Rodrigues de Andrade Assinatura do Cirurgião CRM 7351 CPF: 056.552.003-25		

7391

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

VALDEIR PEREIRA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

1801058 SSP PB

CPF

882.204.434-72

DATA NASCIMENTO

14/05/1974

FILIAÇÃO

MANOEL PEREIRA LIMA

ALAIDE RODRIGUES DE
LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

01488001713

VALIDADE

30/12/2021

1ª HABILITAÇÃO

16/10/2000

OBSERVAÇÕES

A

Valdeir Pereira Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO

03/01/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

94466717806
PE076833518

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1420803836

PROIBIDO PLASTIFICAR

1420803836

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MARCA / MODELO: YAMAHA
ANO / M.C.D.: 2016
CÓDIGO DA PLACA: 930415280
DATA DE VENCIMENTO DA PLACA: 2016

JOÃO KLEBER RODRIGUES DA SILVA

ENDEREÇO: SERRA TALHADA - PE
CEP: 56300-000
PLACA: DYN2991
CHASSI: 3GGE017070055872
COMBUSTIVEL: GASOLINA

PLAQUE TIPO: PLACA ANTIFURTO
PLACA ANTIFURTO: DYN2991/SP
ANO FAB.: 2007
ANO M.C.D.: 2007
CATEGORIA: MOTO/CICLÍSTICO
CARRO/OTROS: PARCIAL
CÓDIGO DA PLACA: 2E/299CL

VEÍCULO: MOTOCICLETA
MARCA / MODELO: YAMAHA / FAZER Y3250
CÓDIGO DA PLACA: 930415280
CATEGORIA: MOTO/CICLÍSTICO
CARRO/OTROS: PARCIAL
CÓDIGO DA PLACA: 2E/299CL

IPVA 2016 QUITADO
FAUNA / P.U.A.: A 1
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 100 (R\$)
SEGURADO PAGO (R\$): 100 (R\$)

IPVA 2016 QUITADO
FAUNA / P.U.A.: A 1
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 100 (R\$)
SEGURADO PAGO (R\$): 100 (R\$)

IPVA 2016 QUITADO
FAUNA / P.U.A.: A 1
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 100 (R\$)
SEGURADO PAGO (R\$): 100 (R\$)

IPVA 2016 QUITADO
FAUNA / P.U.A.: A 1
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 100 (R\$)
SEGURADO PAGO (R\$): 100 (R\$)

IPVA 2016 QUITADO
FAUNA / P.U.A.: A 1
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 100 (R\$)
SEGURADO PAGO (R\$): 100 (R\$)

IPVA 2016 QUITADO
FAUNA / P.U.A.: A 1
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 100 (R\$)
SEGURADO PAGO (R\$): 100 (R\$)

Nº 013126429482

DET

TRAN

AN

TR

PE Nº 013126429482 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOÃO KLEBER RODRIGUES DA SILVA

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

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

Exercício	DATA EMISSÃO
2016	24/01/17
PLACA	PLACA
SERRA TALHADA - PE	DYN2991
VA	VA
CPF / CNPJ	074.517.524-90
MARCA / MODELO	YAMAHA / FAZER Y3250
CÓDIGO DA PLACA	930415280
ANO FAB.	2007
CATEGORIA	PARCIAL
IPVA	VERMELHA
VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
1 ^a	1 ^a
2 ^a	2 ^a
3 ^a	3 ^a

PRÉMIO TARIFÁRIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
FNS (R\$)	DEINTRAN (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEM BÔNUS (R\$)
PAGAMENTO	PARCELADO
COTA ÚNICA	DATA DE PAGAMENTO
OBSEVAÇÕES	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

SET-2016

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ESTAMOS À SUA DISPOSIÇÃO.

DATA

DATA

DATA



Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPE - 3ºGB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 07 de agosto de 2020.

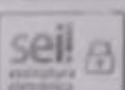
CRISTIANO CORRÉA
Ten Cel BM - Cmt do 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 080 / 2020 - 3ºGB - DOP

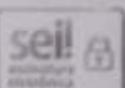
O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. VALDEIR PEREIRA LIMA (GENITOR DA VÍTIMA), RG 1801058 SSP/PB, CPF 882.204.434-72, residente à Rua Virgulino Ferreira, 1326, COHAB, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foram deslocadas as viaturas AR 656 e ABTS 840, da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 20:28h do dia 08 de maio de 2020, comandadas, respectivamente pelo SD QBMG 1/718153-1 ERICK DIEGO OLIVEIRA OMENA DA SILVA e pelo SGT QBMG 1/798176-7 JOSEMAR DA SILVA COELHO para uma ocorrência de APH (COLISÃO ENTRE MOTOCICLETAS), nº B (1390582), sendo vitimada a Sra. VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA, a qual declarou que estava na condição de garupa de uma motocicleta quando ocorreu a colisão. No local da ocorrência, as guarnições não visualizaram os veículos envolvidos no sinistro. O acidente ocorreu na BR 232, Km 408, COHAB, Serra Talhada-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada nos membros superiores e escoriações nos membros inferiores. A mesma foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. ALGACY FERNANDO, CREMEPE 8467, prontuário 50.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pelo SD QBMG 1/718149-3 JOSÉ HUMBERTO PEREIRA e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS, chefe da Divisão de Operações e certificada pelo Comandante da Unidade.

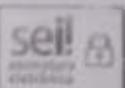
Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000248.000181/2020-13



Documento assinado eletronicamente por José Humberto Pereira, em 07/08/2020, às 12:53, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2012.



Documento assinado eletronicamente por Cristiano Correa, em 07/08/2020, às 19:31, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2012.



Documento assinado eletronicamente por Wamberg Rodrigues dos Santos, em 10/08/2020, às 11:41, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2012.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 8078553 e o código CRC F6C6DB14.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, URNA E RÁDIO ESQUERDOS.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, URNA E RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA Data do acidente: 08/05/2020 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, URNA E RÁDIO ESQUERDOS.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS.

Documentos complementares:

Observações: 130320 - RECUSA DE PERÍCIA PELO PROCURADOR.POUCA DOCUMENTAÇÃO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229245/20

Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

CPF: 154.832.654-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/05/2020

Titular do CPF: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALDEIR PEREIRA LIMA : 882.204.434-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA : 154.832.654-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/08/2020
Nome: VALDEIR PEREIRA LIMA
CPF: 882.204.434-72

VALDEIR PEREIRA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA Data do acidente: 08/05/2020 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, URNA E RÁDIO ESQUERDOS.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS.

Documentos complementares:

Observações: 130320 - RECUSA DE PERÍCIA PELO PROCURADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00