
Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200134842

Vítima: SERGIO SEBASTIAO DE LIMA

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SERGIO SEBASTIAO DE 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, 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, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200134842

Vítima: SERGIO SEBASTIAO DE LIMA

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SERGIO SEBASTIAO DE LIMA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: SERGIO SEBASTIAO DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000002917

Conta: 0000014007-7

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 053.610.294-59

3 - CPF da vítima: 053.610.294-59

4 - Nome completo da vítima: Sérgio Sebastião de Lima

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

5 - Nome completo: Sérgio Sebastião de Lima

7 - Profissão: Advogado

8 - Endereço: Rua Voluntário Fênix de Lima

11 - Bairro: Itaigema

12 - Cidade: São Leopoldo da Mata

13 - Estado: PE

14 - CEP: 54700-000

16 - Tel.(DDD): 81-99853-8987

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:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

22 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

23 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (347) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

24 - Agência: 0917 ☐ (informar o dígito se existir) ☐ CONTA: 14007 ☐ (informar o dígito se existir)

25 - Nome do BANCO: ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Agência: ☐ CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

26 - 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.

27 - 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 não 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 nº 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: ☐ 25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (nº nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Local e Data, 04/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

PPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 069ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ DE ALEGRIA -
DP69ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0159000654

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/12/2019** às
10:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia **26/12/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CHA DE ALEGRIA, 1, SITIO
REFRESCO** - Bairro: **CENTRO - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMO BAR DA VIUVA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
SERGIO SEBASTIÃO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SERGIO
SEBASTIÃO DE LIMA**

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

**SERGIO SEBASTIÃO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSE FERREIRA** Data de Nascimento: **10/5/1978** Naturalidade: **CHA DE ALEGRIA /
PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares:
- 81983685141

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (bairro), 38, DISTRITO DE LAJES RUA
JUVENTINO FERREIRA DE LIMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO
DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL, BARREGE M TAPACURÁ**

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

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

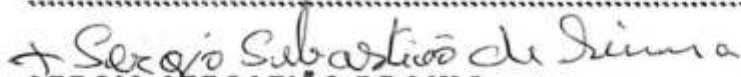
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SERGIO SEBASTIÃO DE LIMA,**
que estava em posse do(a) Sr(a): **SERGIO SEBASTIÃO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Sim**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(PÉ(S))**

Placa: **PCZ2832** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **103942859**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/ONV** Seguro/Apolice: **TOTAL
SEGURADORA**

Complemento / Observação

.....
INFORMA QUE PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA NA VOLTA DE UM SERVIÇO DE MOTOTAXI E QUE BATEU EM UMA ARVORE DANIFICANDO SUA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELA AMBULANCIA DA OREFEITURA E POSTERIORMENTE LEVADO A UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA . INFORMA TAMBÉM QUE AO RETORNAR AO LOCAL DO ACIDENTE VERIFICOU QUE TINHAM FURTADO O VELOCIMETRO DE SUA MOTOCICLETA NÃO SABENDO ESPECIFICAR QUEM FOI O AUTOR DO FURTO.

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

.....

SERGIO SEBASTIÃO DE LIMA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **MARIO CESAR FALCAO CASOTTI - Matrícula: 140260-9**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 053.610.294-59
3 - CPF da vítima: 053.610.294-59
4 - Nome completo da vítima: Sérgio Sebastião de Lima

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

5 - Nome completo: Sérgio Sebastião de Lima
7 - Profissão: Advogado
8 - Endereço: Rua Voluntário Fênix de Lima
12 - Cidade: São Leopoldo da Mata
13 - Estado: PE
14 - CEP: 54400-000
16 - Tel.(DDD): 81-99853-2987

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:
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:

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (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)

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não
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 nascimento (m/nascer)? ☐ Sim ☐ Não
30 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não
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 nascimento (m/nascer)? ☐ Sim ☐ Não
30 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não
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 nascimento (m/nascer)? ☐ Sim ☐ Não
30 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

38 - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:
39 - Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:
40 - Local e Data,
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

Ate...ime:to: 1088629

Data e Hora: 25/12/2019 16:05

Especialidade:

Senha da Classificação:

0089

Paciente: 53931 SERGIO SEBASTIAO DE LIMA
Nome Social:
Data do Nascimento: 10/05/1978 Idade: 41 anos
Nome da Mãe: MARIA JOSE FERREIRA
Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço: JOVENTINO FERREIRA LIMA -- LAJES 38
Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE
RG (Identidade): 5670537
CPF (Cadastro de Pessoa Física):
CRN(Certidão de Registro de Nasc):
Nome do Pai:
Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA
CRM: 693
Bairro: CENTRO
Usuário Atendimento: GLEYCEKSV
Data de Emissão:
Fone: 83100984
Data de Emissão CRN:
Sexo: MASCULINO
Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Tr. no joelho direito

Hipotese Diagnostico

Fratura do fêmur distal

Conduta Terapeutica

Tr. com gesso - artroscopia

Prescrição Médica

Abel Correia
Téc. de Radiologia
RST 001-0976

ALTA MÉDICA

Usuário Triagem:

Capimbo/Médico

ATENDIDO
(SIM) (NÃO) DIAS



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO SEBASTIAO DE LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02917

CONTA: 000000014007-7

Autenticação:

2D0BEB52F705C9E3FFB0B321C3C62CEFD02BD7A261B4378F406BBB36663955F2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:
<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECACAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>
A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.
A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.
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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Antonio de Almeida inscrito (a) no CPF/CNPJ 919 419 384, 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sergio Sebastião de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.610.294, 59 da vítima Sergio Sebastião de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.610.294, 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>do pumours</u>	Cidade: <u>pau d'Alho</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55.815 000</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 9 9253-2981</u>
Complemento: <u>Casa</u>				

Local e Data: Aracaju 14/03/2020

Assinatura do Declarante [Assinatura]

Ate ...imento: **1088629**

Senha da Classificação:

0089

Data e Hora: **25/12/2019 16:05**

Especialidade:

Paciente: **53931 SERGIO SEBASTIAO DE LIMA**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social :

Data do Nascimento: **10/05/1978** Idade: **41 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **MARIA JOSE FERREIRA**

Nome do Pai:

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA**

CRM: **693**

Endereço: **JOVENTINO FERREIRA LIMA -- LAJES 38**

Bairro: **CENTRO**

Cidade/UF: **SAO LOURENCO DA MATA PE**

Cep: **54735000**

Usuário Atendimento: **GLEYSCEKV**

RG (Identidade): **5670537**

SSP

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Fisica):

Fone: **83100984**

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Do. refere queda.

Exame Fisico

Do. a valoração e ao movimento do punho e da profundidade.

Hipotese Diagnostico

Fratura do rádio distal

Conduta Terapeutica

Do. gesso cirúrgico

Prescrição Médica

ALTA MÉDICA

Abel Correia
Téc. de Especialização
Rég. 0976

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____

Carimbo/Médico

Usuario Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



1088629

CA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASS CACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/12/2019 15:39



Nome Paciente: SERGIO SEBASTIAO DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 10/05/1978
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0089
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 25/12/2019 16:03 - 25/12/2019 16:03

AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: REFERE ACIDENTE DE MOTO E DOR EM MSE.

Observação: ALERGIA -
HAS -
DM -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: AMANDA STEPPLE DE AQUINO - COREN: 12345 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/12/2019 16:03

9 8358.9141



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
U.M.V.G.

Data: 25/12/2019 Hora: 14:53

Nome paciente: Sergio Sebastião de Lima

Nome da Mãe:

Endereço: São L. Mata – Lages

Data Nasc: 10/05/78

Idade: 41

Sexo: M

Cartão SUS:

REG: 2.473

Estado Civil:

Fone: (81)

Rubrica do Funcionário: Juliana Barros

Queixa Principal Queda de braço há mais de 20 minutos

PA:

HGT:

TA:

°C

PESO:

HDA:

Prescrição:

1. P. nt, 112 p. 1.3 x curativo cm M. S.E.
2. Mobilização do punho.

feito

Feito
Felipe Pereira
Médico
CRM 23.710


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
COMPROVANTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Número 053.610.294-59
 Nome **SERGIO SEBASTIAO DE LIMA**
 Nascimento 10/05/1978
 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
5670587
SERGIO SEBASTIAO DE LIMA
 Nome **João Sebastião de Lima e Maria José Ferreira**
 Nacionalidade **Recife-PE**
 Data de Nascimento **10-05-1978**
 Doc. Origin **GM-13411-1-1-178-Carte**
 Cód. de Origem **Chã de Alegria-PE**
 Assinatura *Sergio de Lima*
 Assinatura *Elisiana Carreira Lima*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO TAVARES BUIRIL
 08 R 41
 CATEGORIA DE IDENTIDADE **COMPROVANTE**
 Assinatura *Sergio de Lima*



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO



Número 88131 Série 0002-72

Leandro de L. Lima
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Sérgio Sebastião de Lima
 Loc. Nas. Recife Est. PE Data 05.1978
 Filição João Sebastião de Lima
Carla José de Almeida
 Doc. Nº RG. Nº 3.670.537 SDS-PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
 Exp. em Estado
 Obs.: V. d. P. 08.1988 SRTE PTPS
 Data Emissão 08.1988
Carla José de Almeida

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE IMIGRAÇÃO LABORATÓRIO NACIONAL DE IMIGRAÇÃO		VÁLIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL 1302534384	
NOME: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA SOC. ENTREGA: ONE ENREGA/UF 4250694 889 PE CPF: 919.419.384-34 DATA NASCIM: 16/05/1971 FUNÇÃO: NACIONAL COMER DE ALMEIDA MARIA JOSE DE ALMEIDA AC: ☐ CC: ☐ AD: ☐		PESSOAL: 60498215780 VALIDEZ: 19/10/2021 P. VALIDAÇÃO: 15/01/1999	
OBSERVAÇÕES:		OBSERVAÇÕES:	
LOCAL: CARTELA - PE DATA EMISSÃO: 19/10/2016 ASSINATURA DO EMITENTE:		ASSINATURA DO EMITENTE:	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:	
38943336866 25075278847		1302534384 PASSAPORTE PLASTIFICADO	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014804770751
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD: RENAVAM 1039429596 RNTRO: EXERCÍCIO 2019

SERGIO SEBASTIAO DE LIMA

SÃO L DA MATA-PE

PLACA ANT/UF 053.610.294-59 CPF/CNPJ 053.610.294-59 PLACA PC2B912

PLACA ANT/UF 053.610.294-59 CPF/CNPJ 053.610.294-59 PLACA PC2B912

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

ANEXO 1000

COR PREDOMINANTE PRATEA

CATEGORIA PARTIAL

VENC. COTA UNICA 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11

DATA DE PAGAMENTO 29/03/19

SEM RESERVA

SÃO L DA MATA-PE

DATA 30/03/19

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

PE Nº 014804770751 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SERGIO SEBASTIAO DE LIMA 54700-000

OS SÃO L DA MATA-PE

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 2019 DATA EMISSÃO 30/03/19

VIA 1 CPF/CNPJ 053.610.294-59 PLACA PC2B912

RENAVAM 1039429596 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN 501

ANO FAB 2015 CAT VAB 09 Nº CHASSI 9C2K0C1680F565729

PRÊMIO TARIFÁRIO

TAB (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL SEGURO/PELO SEGURO (R\$) 84.50

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 29/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.242.600/0001-04

PROTEÇÃO E GARANTIA DO BILHETE DPVAT
NÃO É UM FOMENTO OBRIGATORIO



CONTRAN

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105606/20

Vítima: SERGIO SEBASTIAO DE LIMA

CPF: 053.610.294-59

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 25/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO SEBASTIAO DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

SERGIO SEBASTIAO DE LIMA : 053.610.294-59

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: 31/03/2020
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/03/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200134842 **Cidade:** Chã de Alegria **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO SEBASTIAO DE LIMA **Data do acidente:** 25/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sergio Sebastião de Lima, Brasileiro (a), RG nº 5670532, SSP/PE inscrito(a) no CPF sob nº 0531610944-59, Residente na Bairro Itaipema, Município de Paudalho-PE,
 portador(a) do RG nº 5670532, SSP/PE inscrito(a) no CPF sob nº 0531610944-59, Residente na Bairro Itaipema, Município de Paudalho-PE,
 de delegatada para PE,

OUTORGADO: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, Brasileiro, Portador do RG: 4.250.694, SSP/PE, Inscrito no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua L.O. Primavera, Primavera, Paudalho-PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na cobertura; Jans, Vítima de acidente de trânsito no dia 25/12/2019, podendo para este fins /prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar perícias, pegar cópia de BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

Paudalho, 27/01/2020

OUTORGANTE

Sergio Sebastião de Lima

Reconheço, Por Autenticidade a firma: **SERGIO SEBASTIÃO DE LIMA**,
 lançada em minha presença dou fé.
 CARPINAPE 27/01/2020 12:58:01, Emissão: 3,63, TSNR: 0,82;
 FERC: 0,44, Total: 5,06, Selo nº 0074807, SNUV1220190103057.
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital, Marcia
 Michele Galdino da Silva, Tabelião
 Substituta.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA - TABELIONATO
 Rua dos Registros de Imóveis, Hipótecas, Títulos e Documentos Particulares e Partes Jurídicas
 Av. Congresso Esportivo Internacional, 128, Fone/Fax: (81) 3671-3410, Cepim - PE - contato: contato@tjpe.tj.br

JOSE MANOEL DA SILVA FILHO
 Oficial

2020/01/27

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200134842 **Cidade:** Chã de Alegria **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO SEBASTIAO DE LIMA **Data do acidente:** 25/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75