



Número: **0000508-21.2020.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Orobó**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ABERILSON PEDRO DA SILVA (AUTOR)		EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74457772	02/02/2021 10:17	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradonalider.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 4020-1996 (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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190368461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABERILSON PEDRO 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, 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

Pag. 018207180 - cara_C1 - INVALIDEZ



Cara nº 14488441





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradonalider.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 4020-1896 (Região Metropolitana) 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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190368461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ABERILSON PEDRO DA SILVA

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

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

Pág. 0011300114 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 144887036





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 4020-1996 (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, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190368461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABERILSON PEDRO 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000002039-7

Conta: 000510017052-9

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

Pag. 0136801346 - Valor - Líder - INVALIDEZ

08/03/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190368461 Cidade: Machados Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA Data do acidente: 02/03/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2019

Valoração do INL: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º AO 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES NO LOCAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos

complementares:

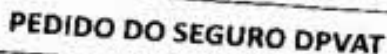
Observações: **DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO, DATADO EM 13/05/2019, PÁGINA 3.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

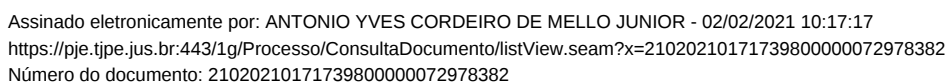
DANOS

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





1. Para mais informações sobre a atividade deveria escolher outra pessoa entrevistada, maior ou mais jovem, para preencher e explicar a atividade fornecida, a SCLH RCP.



Logotipo
Via Cliente
DRAITON DE SENA HARDYEN
Pag:00000072 LT:1282 Doc:20 Oper:00405
09/05/19 09:43:41

COMAN:000405 4834:0001 POU:000001
02/05/2019 BANCO DO BRASIL 09:43:39
203049501 CORRESPONDENTE BANCARIA 0045

Saque de Propriedade

CLIENTE: ADERILSON PEDRO DA SILVA
AGENCIA: 2030-7 CONTA: 510.037.852-9
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

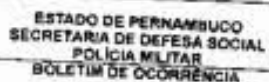
BO Nº 190221000068

Série-A
1ª Parte

5º CPM		MACHADOS		02/03/2019		16:15		01/02	
Descrição e Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL									
Data (dd/mm/aa)		Hora (hh:mm)		x Audição Conferida		x Consumado		x Culposos	
02/03/2019		16:00		☐ Ausência de ocorrência		☐ Tentado		☐ Doloso	
Circunstâncias do Fato				Local Principal da Ocorrência					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM									
Complemento (Apto, Sala, Andar)				Bairro		Número			
VIA PÚBLICA				ZONA RURAL		CEP			
Município				UF		Ponto de Referência		55740000	
MACHADOS				PE		SÍTIO FAGUIVIRA			
☒ VITIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ Não									
Nome / Razão Social AMERSON PEDRO DA SILVA									
Pai PEDRO JOSE DA SILVA									
Mãe									
FAMÍLIA POLÍCIA DE DEFESA SOCIAL									
Apelido / Nome Fantasma		Sexo XM		Estado Civil		1. Solteiro(a)		3. Viúvo(a)	
		F		[7]		2. Casado(a)		4. Divorciado(a)	
Data de Nascimento		Idade aparente		1. Reclusão/Locuste		4. Adulto - Jovem (18-30 anos)		5. Amarelado(a)	
08/08/1989		[1]		2. Grávida (1-12 anos)		5. Adulto (31-60 anos)		7. Não informado	
3. Adolecente (13-17 anos)		5. Idoso (61+ anos)		Escorridade		1. 1º Grau Completo		4. 2º Grau Incompleto	
				[7]		2. 1º Grau Incompleto		5. Superior Completo	
X RG		CNH		Órgão Expedidor		UF		X CPF	
[1]		[1]		[1]		[1]		[1]	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número		Complemento		Casa			
SÍTIO PAMMEIRAS		320							
Bairro		Município		UF		Telefone / Contato (DDD-Número)			
ZONA RURAL		MACHADOS		PE					
Altura Aparente		Peso		Cor da Pele		1. Branco		3. Negra	
1. 1,40-1,50m		1. 40-50kg		[1]		2. Branca		4. Amarela	
2. 1,51-1,60m		2. 51-60kg				3. Sinal		☐ Sim ☒ Não	
3. 1,61-1,70m		3. 61-70kg							
4. 1,71-1,80m		4. 71-80kg							
5. 1,81-1,90m		5. 81-90kg							
6. Acima de 1,90m		6. Acima de 100kg							
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão		Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)					
		AGRICULTOR							
Tipo de tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)					
☐ VITIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ Sim ☒ Não									
Nome / Razão Social JOSE GOMES DE SOUZA									
Pai MANOEL GOMES DA SILVA									
Mãe MARIA OLIVEIRA DE SOUZA									
Apelido / Nome Fantasma		Sexo XM		Estado Civil		1. Solteiro(a)		3. Viúvo(a)	
		F		[7]		2. Casado(a)		4. Divorciado(a)	
Data de Nascimento		Idade aparente		1. Reclusão/Locuste		4. Adulto - Jovem (18-30 anos)		5. Amarelado(a)	
18/10/1975		[1]		2. Grávida (1-12 anos)		5. Adulto (31-60 anos)		7. Não informado	
3. Adolecente (13-17 anos)		5. Idoso (61+ anos)		Escorridade		1. 1º Grau Completo		4. 2º Grau Incompleto	
				[7]		2. 1º Grau Incompleto		5. Superior Completo	
X RG		CNH		Órgão Expedidor		UF		X CPF	
[1]		[1]		[1]		[1]		[1]	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número		Complemento		Casa			
SÍTIO FAGUIVIRA		s/n							
Bairro		Município		UF		Telefone / Contato (DDD-Número)			
ZONA RURAL		MACHADOS		PE					
Altura Aparente		Peso		Cor da Pele		1. Branco		3. Negra	
1. 1,40-1,50m		1. 40-50kg		[1]		2. Branca		4. Amarela	
2. 1,51-1,60m		2. 51-60kg				3. Sinal		☐ Sim ☒ Não	
3. 1,61-1,70m		3. 61-70kg							
4. 1,71-1,80m		4. 71-80kg							
5. 1,81-1,90m		5. 81-90kg							
6. Acima de 1,90m		6. Acima de 100kg							
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão		Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)					
		MOTORISTA							

RECEBIDO
31 MAR 2019
Secretaria de Defesa Social

CÓPIA AUTENTICADA
Sanfonia 0 original
apresentado em 02/03/2019
Flavia Gisela
44 - REGISTRO - 00725 - Emissão de
Certidão - R\$ 3,07 - TSNR: R\$ 0,00
PUNSO: R\$ 0,34 - PERS: R\$ 0,03
PUNSO: R\$ 0,07 - Total: R\$ 4,10
Selo(s) 0077602 PCUB4201901 0138



BO N° 10512150004

Sérgio A. Porto

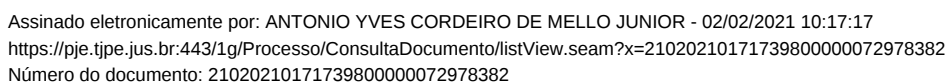
SECRETARIA REGIONAL DE NOTARIAS DE CHILE - PE
 Calle Huérfanos 100, P.O. Box 100, Santiago, Chile. T+56 2 277 1000-200
 Fax +56 2 277 1000-200 e-mail: info@notarialpe.cl

COPIA AUTÉNTICA de certificado o original
 presentado al RDU PE Ciroja, 23/05/2019

34 Pasajero 30000 - Fluvia Ginele
 Cantarito R\$ 3,07 - TSAR: R\$ 0,00 -
 PERC R\$ 0,34 - FERR R\$ 0,03 -
 RUNSEJO R\$ 0,07 - Total: R\$ 4,10

Selec)0877002.R3004201901.01286

Correos de Chile S.A. - www.correoschile.cl





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Série-A

Unidade Operacional 6º CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 02/03/2019	Hora do Registro 16:15	Nº da Folha / Total de Folhas 01/02
Descrição e Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL			Anexo de Ocorrência do CIOOS Nº	
Data (dd/mm/aa) 02/03/2019	Hora (hh:mm) 16:00	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☐ Culposo ☐ Doloso
Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência VIA PÚBLICA		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM				Número
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA				CEP 55740000
Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência SÍTIO PAQUÍVIRA		
☒ VÍTIMA ☐ IMPULSADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim 				
Nome / Razão Social ABERSON PEDRO DA SILVA				
Pai PEDRO JOSE DA SILVA				
Mãe NAILZA ALAIDE DA SILVA				
Apelido / Nome Fantasia				
Sexo M	Estado Civil F	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorçado(a)	5. Anistiado(a) 6. Separado(a)
Data de Nascimento 09/06/1999				
Idade aparente 1. Adulto (18-29 anos) 2. Criança (3-17 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) 4. Adulto (30-49 anos) 5. Adulto (50-69 anos) 6. Idoso (70 anos ou mais)				
Escalação 1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto				
X RG 10.488.524	CNH	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 714.036.444-38
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO PALMEIRAS		Número 320		
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE
Altura Aparente 1. Até 1,50m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. 1,81-1,90m 5. 1,91-2,00m 6. Acima de 2,00m		Peso 1. Até 50kg 2. 51-60kg 3. 61-70kg 4. 71-80kg 5. 81-90kg 6. Acima de 90kg	Cor da Pele 1. Branca 2. Preta 3. Amarelada 4. Amarelada 5. Amarelada 6. Amarelada	1. Parda 2. Negra 3. Negra 4. Amarelada 5. Amarelada 6. Amarelada
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Dentes (Descrever)		
☐ VÍTIMA ☐ IMPULSADO ☐ SUSPEITO ☒ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim 				
Nome / Razão Social JOSE GOMES DE SOUZA				
Pai MANOEL GOMES DA SILVA				
Mãe MARIA OLIVEIRA DE SOUZA				
Apelido / Nome Fantasia				
Sexo M	Estado Civil F	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorçado(a)	5. Anistiado(a) 6. Separado(a)
Data de Nascimento 18/10/1975				
Idade aparente 1. Adulto (18-29 anos) 2. Criança (3-17 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) 4. Adulto (30-49 anos) 5. Adulto (50-69 anos) 6. Idoso (70 anos ou mais)				
Escalação 1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto				
X RG NÃO PORTAVA	CNH	Órgão Expedidor -	UF -	X CPF NÃO PORTAVA
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO PAQUÍVIRA		Número gln		
Bairro ZONA RURAL		CEP 65740-000	Município MACHADOS	UF PE
Altura Aparente 1. Até 1,50m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. 1,81-1,90m 5. 1,91-2,00m 6. Acima de 2,00m		Peso 1. Até 50kg 2. 51-60kg 3. 61-70kg 4. 71-80kg 5. 81-90kg 6. Acima de 90kg	Cor da Pele 1. Branca 2. Preta 3. Amarelada 4. Amarelada 5. Amarelada 6. Amarelada	1. Parda 2. Negra 3. Negra 4. Amarelada 5. Amarelada 6. Amarelada
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Profissão MOTORISTA				

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 10:17:17
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210171739800000072978382
Número do documento: 21020210171739800000072978382



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 195021500066

Série-A
Parte

Fato	Unidade Operacional Nº CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data do Registro 02/03/2019	Hora do Registro 16:15	Nº de Folha / Total de Folhas 02/02
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
	Alterações no Local?		Forma de Evolução?		
	Crimes Suspeitos?		Estelionato?		
Modos Operacionais	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
Objeto Envolvido	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
Dados do Veículo	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
Dados do Veículo	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não	
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
Envolvido no Acidente de trânsito					
A vítima Aberison Pedro da Silva, estava pilotando a moto de placa XHV 8935-PE, de propriedade da srta. Josefa Maria da Silva, quando ao desviar um buraco perdeu o controle e caiu, sofreu vários ferimentos, sendo socorrido pelo Hospital Edson Alvaros desta cidade e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica hospitalar.					
Exames Periciados S. Solicitado R. Realizado	Tipo de Exame				
	Envolvido ☐ S ☐ R				
	Tipo de Exame				
	Envolvido ☐ S ☐ R				
	Tipo de Exame				
Responsável pelo Procedimento	Envolvido ☐ S ☐ R				
	Tipo de Exame				
	Envolvido ☐ S ☐ R				
	Tipo de Exame				
	Envolvido ☐ S ☐ R				
Assinatura	Assinatura				
	Assinatura				
	Assinatura				
	Assinatura				
	Assinatura				



Documento de Tradução de 200.



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Comprovação de mo declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 02/03/2024 HORA: 16:15 REGISTRO: 76109
NOME: Aberilson Pedro da Silva
SEXO: M IDADE: 19 ESTADO CIVIL: S DATA NASC.: 08/06/1999
ENDEREÇO: St. Piumeira
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Marilza Adair (mãe)
QUEIXAS:

Queda de motocicleta há 30 min
Permanente em pé
Cl lesão de tendões extensores -
3° e 4° - perda de subluxação
51 outras queixas
Exame físico
Fratura exposta 2° 3° 4° 5° ODE
Canavil - Regional Vitorino
sem 5631799

Digitação lamp + M6V / 11 Rangel
ORTOPEDIA

() INTERNAÇÃO (X) TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

PREFEITURA MUN. DE MACHADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATESTO QUE A CÓPIA É ORIGINAL
Assinatura: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Data: 02/02/2021



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:	07/08/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABERILSON PEDRO DA SILVA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 02039-7
CONTA: 000510017052-9

Nr. da Autenticação B4C65EFFF4ACD6A





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL	
Getúlio Vargas Av. General San Martín, S/N, Cerdano, Recife/PE	DECLARAÇÃO Atesto para os devidos fins que o paciente ABERLSON PEDRO DA SILVA esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia, de 02/03/2019 ao dia 12/03/19, para tratamento médico-hospitalar. CID 10: S92.3 Deixo a cargo de o MÉDICO PERITO avaliar questões trabalhistas e afins. Recife, 01/03/19  ABÍLIO AUGUSTO PI- MENTEL CRUZ CRMPE 27950 Assinatura do Médico  Documentação médica - Hospitalar
Getúlio Vargas Av. General San Martín, S/N, Cerdano, Recife/PE	ATESTADO MÉDICO Atesto para os devidos fins que o paciente ABERLSON PEDRO DA SILVA esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia, de 02/03/2019 ao dia 12/03/19, para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades usuais, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje. CID 10: S92.3 12/03/19  ABÍLIO AUGUSTO PI- MENTEL CRUZ CRMPE 27950 Assinatura do Médico



ABERILSON PEDRO DA SILVA		01112758	
692827	MASCULINO	19a 9m 4d	CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

NOA: ACIDENTE MECÂNICO COM TRAUMA EM PE ESQUERDO
NO: FRATURA EXPOSTA DE 2ª, 3ª E 5ª METATARSOS ESQUERDOS.

Tratamento:

22/02/19: PRIMEIRO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTAE FIXAÇÃO COM FIOS LIS NM DE KIRSCHNER INTRAMEDULAR EM 2ª, 3ª E 5ª METATARSOS ESQUERDOS + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO (TALA BOITA)

OGG:

APÓS VISITA DO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO FOI DECIDIDO POR ALTA HOSPITALAR.
RETORNO AO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO COM 15 DIAS.
USO DE CEFALEXINA POR 7 DIAS, OPIÓIDEA SE DOR.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

HEILHADO, RETORNO AO AMBULATORIO DO PÉ E TORNOZELO COM 15 DIAS. NÃO PISAR OU FAZER DESCARGA DE FORÇA NO MEMBRO.

DATA DA INTERNAÇÃO

02/04/2019

DATA DA ALTA

12/05/2019

Recife, 12 DE MARÇO DE 2019

ABELIO AUGUSTO PINHEIRO CRUZ - CRM: Nº 27956



CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ABERILSON PEDRO DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 02/03/2019 sofrendo FRATURA EXPOSTA DO 2º, 3º, 4º E 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO, com perda de substância óssea, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Getúlio Vargas (limpeza cirúrgica, redução cruenta e fixação com fios de kirschner). Atualmente apresenta ao exame físico limitação acentuada da flexão e extensão do 2º ao 5º dedos do pé esquerdo acompanhado de edema residual de fratura. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 13/05/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedista - Traumatologista
CRM: 11.730 - RBOOT: 7324

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730





Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
6533.788E.F035.2A50
A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço
www.rfbce/fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 08:56:45 do dia 18/06/2018 (hora e data de Brasília)
digite verificador: 00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Comércio de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASI-0193736/19

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF: 714.036.444-38

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF do: Próprio

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: ABERILSON PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ABERILSON PEDRO DA SILVA : 714.036.444-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Código



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocoladas como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 06/06/2019
Nome: ABERILSON PEDRO DA SILVA
CPF: 714.036.444-38

ABERILSON PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 145.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das Cadeias do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193736/19

Número do Sinistro: 1190169461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF: 714.036.444-38

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Assinatura



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: ABERILSON PEDRO DA SILVA
CPF: 714.036.444-38

ABERILSON PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO





Em caso de dúvida, acesse o nosso site: www.seguradolider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo acesse a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4336-1586 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com a SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 88. Para pareceres com detalhada análise, acesse o site 0800 333 12 06. Envie em anexo o comprovante do seu pedido de Seguro DPVAT e a CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3199368461
Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA
Data do Acidente: 02/03/2019
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ABERILSON PEDRO DA SILVA

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

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

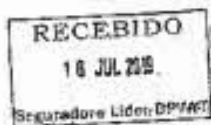
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Reg. BR 1502114 - em 20-06-2019



Cópia nº 1445396



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ADERILSON PEDRO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 02.03.2019 CPF DA VÍTIMA 31403644438
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADERILSON PEDRO DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL OU PARARENTESCO COM A VÍTIMA
 ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO PALMEIRAS
 Nº 220 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
 E-MAIL enderilsonpedro@hotmail.com.br TELEFONE (S) 9969649939

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA CRIADO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira de IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () SALDO DO IM (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () IMPLANTABILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMPL - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMPL (ORIGINA) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINA), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA IMPLANTABILIDADE PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO DEFINITIVA
- () RELATÓRIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM HOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINA)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIEMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CópIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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 HOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINA)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA CRIADO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira de IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRTEAS EM DE CORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEL) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM HOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINA)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINA) COM DOCUMENTOS QUE CONFIEMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 HOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINA)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE = R\$ 21.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO DPVAT/PLAN 101/184/14.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.200,00 (DUZENTOS E DOIS MIL REAIS) CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 15 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA AVALIAÇÃO EM VISUAL, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PROCESSO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATINFORMACAO.COM.BR OU LIGAR: 0800 546 0800 0800 572 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11.04.2019
 IDENTIDADE 3953399
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190368461 Cidade: Machados Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA Data do acidente: 02/03/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2019

Valoração do INL: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º AO 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO TENDÍNEA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos

complementares:

Observações: **DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO, DATADO EM 13/05/2019, PÁGINA 3.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193736/19

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF: 714.036.444-38

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABERILSON PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros:

ABERILSON PEDRO DA SILVA : 714.036.444-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

– O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

– 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancele ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 06/06/2019
Nome: ABERILSON PEDRO DA SILVA
CPF: 714.036.444-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ABERILSON PEDRO DA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103736/19

Número do Sinistro: 3190358461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF: 714.036.444-38

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABERILSON PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Bolém de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

– O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

– 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 24/07/2019
Nome: ABERILSON PEDRO DA SILVA
CPF: 714.036.444-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ABERILSON PEDRO DA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

