



Protocolo Nº 20230504200207217

Sua solicitação foi enviada à **Gararu da Comarca de GARARU** em 04/05/2023 20:02 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 202169000322

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número	Classe	Competência	
202169000322	Procedimento Cível	Comum	Gararu
Guia Inicial 202111400247	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 12/04/2021	

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	87300567568	EGIVALDO DA SILVA MELO
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2810337_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.pdf	Petição
2	2810337_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

[Imprimir](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE GARARU/SE

Processo: 202169000322

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EGIVALDO DA SILVA MELO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GARARU, 2 de maio de 2023.

**JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
OAB/SE 2592**

BANCO DO BRASIL S.A.

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: 01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGIVALDO DA SILVA MELO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02345-0

CONTA: 00000008671-1

Nr. da Autenticação 435D8A3D1A4EEC30

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200403615 **Cidade:** Gararu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. PÁG 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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, 19 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200403615

Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EGIVALDO DA SILVA MELO

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PORTO DA FOLHA - SE

**SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL Dr. FRANCISCO ROLLEMBERG**
upa_portadafolha@hotmail.com
Pça. Antônio Pinto Rezende, 226, Centro
Tel.: (79) 3349-2091

UPA
24h

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

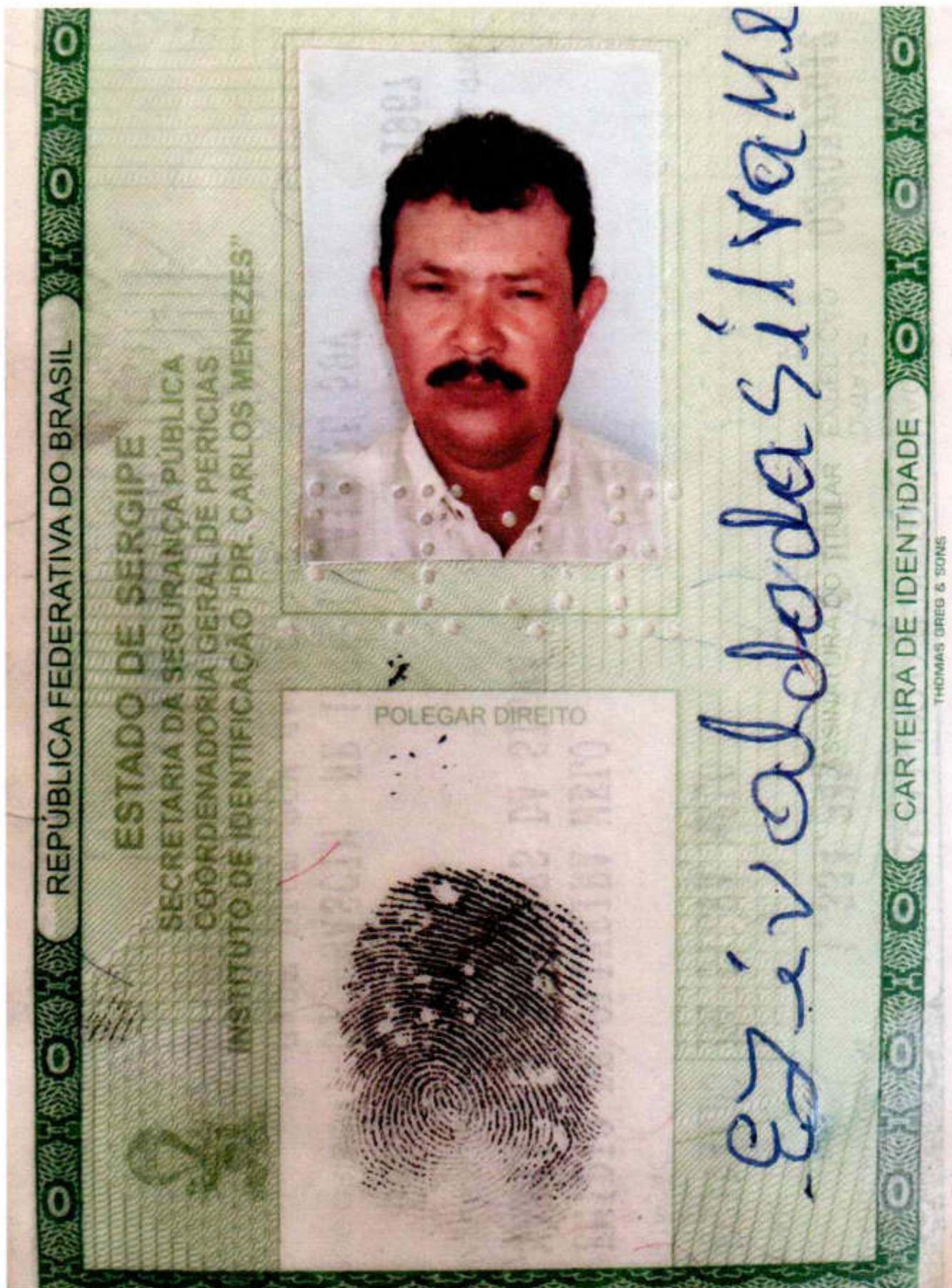
CARTÃO SUS N°		704 1051 2180 4075	REGISTRO N°	6.361
NOME:		Eduardo da Silva Melo		
SEXO MASC. () FEM. ()		IDADE:	52 anos	RAÇA/COR:
RG: 1334.344		SSP:	SE	DATA DE NASC.
DATA DA ADMISSÃO:		10 / 03 / 2020	HORA: 07:07	Nº DO SISPRENATAL:
FILIAÇÃO:		PAI: Eduardo de Oliveira Melo	Est. Civil: Solteiro	
		MÃE: Maria das Graças da Silva		
ENDERECO:		P.R.: Fazenda do Vale		
BAIRRO:		CIDADE: Parauapebas	Profissão: bancada	
TELEFONE:				
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:		0	mesmo	
GRAU DE PARENTESCO:				
ENDERECO DO RESPONSÁVEL:				
MÉDICO RESPONSÁVEL:				
DIAGNÓSTICO:				

DATA	HORA	ANAMNESE E EXAMES FÍSICO
JAR- JULY DIRECÇÃO AL BUDJEROU; CENTRO DE AGRICULTURA E INDUSTRIAL ALBUQUERQUE MUNICIPIO DE ALBUQUERQUE		<p>Cópia fotostática de a reprodução de origem que foi exta em test. <i>negativo</i> da verdade.</p> <p>O TARELHAO <i>Marcia</i> Santos Albuquerque 15.06.2020</p> <p>Hoje. x</p>

DATA	HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES
01/01/2020	01/00/11:00		
		01 Fuso horário (0)	
		02 Reforço, Iu, 200mg, qd	X 08:50
		03 As Intolerâncias	
		04 Fármacos proscritos.	

EXAMES SOLICITADOS	ULTRASSONOGRAFIA:	
	RAJO X:	
	LABORATÓRIO:	
DESTINO		
TRANSFERÊNCIAS	ADMISSÃO NO PS (até 24h)	INTERNAC.
ALTA - DATA: 10/03	HORA: 09:20	ÓBITO - DATA: / / HORA: / /





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

CS

000002973391

Nº 016157538547

8

DETRAN - SE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

6

VIA

CÓD. RENAVAM

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

3

1

00452135985

2020

0

NOME

5

EGIVALDO DA SILVA MELO

0

9

7

2

CPF / CNPJ

PLACA

4

873.005.675-68

0 E 0 8 7 0 8

3

PLACA ANT / UF

CHASSI

0 E 0 8 7 0 8 /SE

9 C 2 K C 1 6 7 0 C R 5 3 1 1 9 2

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2012

ANO MOD

2012

CAP / POT / CIL

2P/14CV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

PAGO

1º

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS

OBSERVAÇÕES BT 30

DOCUMENTO DE PÓS-REGISTRO OBRIGATÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA USO DE REFERÊNCIA

MOTOR: KC16E7C531192

LOCAL ABNE MELO SILVA

DIRETOR PRESIDENTE

GARAU-SE

DATA

26/03/2020

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Eduardo da Silva Mello (nacionalidade) Brasil, (profissão) Jovem, portador da cédula de identidade RG nº 1334348, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 84300567568, residente na (endereço completo) Rua Joaquim, na cidade de Garanu, (UF) SE, CEP 49.830-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) João Vítor L. O. Freitas (nacionalidade) Brasil, (profissão) Imigrante, portador da cédula de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003-675-00, residente na (endereço completo) Rua das Flores, na cidade de Vila Galvão, (UF) SE, CEP 19.680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Eduardo da Silva Mello junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Garanu 10.11.2020

(assinatura) Eduardo da Silva Mello

(RG) 1334348

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

10/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:19:09
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: EGIVALDO DA SILVA MELO

AGENCIA: 2345-0 CONTA : 8.671-1

DATA : 10/11/2020

NR. DOCUMENTO 082273533101909

VALOR DINHEIRO 2,00

VALOR TOTAL 2,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 1

NR. AUTENTICACAO E.7AE.0FE.C83.538.091

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
EXAME FÍSICO

ADULTS (—)

EXAMENES

www.173.com

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

30.03.2020 08:50 Administrado olímpo de profenid, IM em gliptos E; Pcte seguir Izm, aguardando tempo de 50% de medicação e consulta no dia

09:20 Paciente refere melhora recebe alta médica
instrui e encaminhado ao ortopedista para da
unidade sem quincas.



Legenda:

Tabela Numérica da Dor (0 a 5)

0 = Ausência de Dor; 1 = Dor leve; 2=Dor Moderada; 3=Door Intensa; 5= Dor muito intensa

Cor: R= Roseado; D= Decorado; P= Pálido; Gz= Goméz-Nicaragua; Sg= Sajalí

Dr. R. Kuseado
H= Hipermidia

H= Hipertenso; Atividade: Ativo (++); Estimulado (+); F=Fármaco; S=Sangue; G=Glicose

Ativo (++); Estimulado (+); F=Flácido; S=Sônolento; Co= Convulsões; T= Tremor;

Nível de consciência: *C=Consciente; I=Inconsciente;*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

1, 334, 349

NAME

EGIVALDO DA SILVA MELO

FILIAÇÃO

EMÍDIO DE OLIVEIRA MELO
MARIA DOS PRAZERES DA SILVA

NATURALIDADE

GRADU-SR

DOC ORIGEM

CART. NO.
87300567568
CCPF

DATA DE
EXPEDIÇÃO

02/05/2012
DAIA DE EXPEDIÇÃO
2. VIA

DATA DE NASCIMENTO

02/06/1967

10

CAPTIONIST.COM/CARTOON/ST

67568
ASSINATURA DO DIRETOR DA SII-VA

卷之三



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00081476/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/11/2020 10:39:51 Data/Hora Fim: 04/11/2020 11:04:08

Origem: Órgão: Outros Tipo Documento: Outros

Delegado de Polícia: Nevilton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto da Folha

Data/Hora do Fato: 10/03/2020 08:00

Local do Fato

Município: Gararu (SE)

Bairro: Jibóia

Logradouro: RODOVIA SE 200

Nº. S/N

Complemento: ESTRADA ACESSO A LAGOA DE DENTRO

CEP: 49.800-000

Ponto de Referência: ENFRENTE CASA DE ESTER

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: EGIVALDO DA SILVA MELO (VITIMA , COMUNICANTE)	Nascimento: 02/06/1967	Idade: 53
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	
Profissão: Agricultor		
Estado Civil: Solteiro(a)	Naturalidade: Gararu - SE	
Nome da Mãe: Maria dos Prazeres da Silva		

Documento(s)

CPF: 873.005.675-68

Endereço

Município: Gararu - SE

Logradouro: PVOA DO LAGO DO PORCO

Complemento: PRÓXIMO A CAIXA D'ÁGUA

Bairro: Lagoa Do Porco

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Ciclomotor
CPF/CNPJ do Proprietário: 873.005.675-68	Placa: OEO8708
Renavam: 00462135985	Número do Motor: KC16E7C531192
Número do Chassi: 9C2KC1670CR531192	Ano/Modelo Fabricação: 2012/2012
Cor: PRETA	UF Veículo: SE
Município Veículo: Gararu	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ES!
Veículo Adulterado?: Não	Situação: Meio Empregado
Última Atualização Denatran: 26/03/2020	Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos

10/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:19:09
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: EGIVALDO DA SILVA MELO

AGENCIA: 2345-0 CONTA : 8.671-1

DATA : 10/11/2020

NR. DOCUMENTO 082273533101909

VALOR DINHEIRO 2,00

VALOR TOTAL 2,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 1

NR. AUTENTICACAO E.7AE.0FE.C83.538.091

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

EGIVALDO DA SILVA MELO
POV ALAGOINHA, 0 - AREA RURAL
GARARU / SE CEP 49830000 (AG: 481)
CPF/CNPJ/RANI: 873.005.675-68



Grupo: CONVENTIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFASICO
Roteiro: 6-390-731-701 Nº Medidor: W5035140691



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
3/1103858-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00011038585



VALOR DA FATURA

R\$ 16,43



VENCIMENTO

17/07/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

30kWh

1,00 kWh
MÉDIA DIÁRIA
FATURADO
PELA MÉDIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

Sujeito a corte!

FATURAS EM ATRASO

Jun/20

R\$16,71

Reaviso de vencimento:

Seu fornecimento poderá ser suspenso
a partir de 25/07/20.

Regularize seus débitos.

DESCRITIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa c/ Tributos	Valor Base Caic Total (R\$)	ICMS ICMS (R\$)	Aliq ICMS (R\$) PIS/Cofins (R\$) PIS/Cofins 0,9064% 4,17%	PIS(R\$)Cofins (R\$) PIS/Cofins 0,9064% 4,17%
0601	Custo de Disponibilidade LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			16,82	0,00	0 0,00	-16,82 0,15
0999	BONUS ITAIPU LEI 10.438/2002 12/2019			-0,39	0,00	0 0,00	0,00 0,00

0024 502279 N

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos D. G. Recca
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Egíbaldo Da Silva Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 813.00567.68,
 do sinistro de DPVAT cobertura imbalduz da Vítima Egíbaldo Da Silva Melo
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 0430.056.15.68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Dos Silos</u>	Número:	<u>217</u>
Bairro:	<u>0100</u>	Cidade:	<u>N.Sa Da Glória</u>
E-mail:	<u>marcosdgloria@gmail.com</u>		
Local e Data:	<u>Nossa Senhora Da Glória 30.11.2020</u>		

Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Sorocatano</u>
Estado:	<u>SP</u>	CEP:	<u>19.680-000</u>
Tel (DDD):	<u>(19) 99189204</u>		

José Marcos D. G. Recca
 Assinatura do Declarante





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200403615 Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO

Data do Acidente: 10/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EGIVALDO DA SILVA MELO

Informamos que o pagamento da i

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 ombros

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: EGIVALDO DA SILVA MELO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002345-0

Conta: 000008671-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 813.005.675-68 4 - Nome completo da vítima: Sérgioaldo Da Silva Melo

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

5 - Nome completo: Sérgioaldo Da Silva Melo 6 - CEP: 913.005.675-68

7 - Profissão: Jovem 9 - Número: 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Curitiba 13 - Cidade: Curitiba 14 - CEP: 15.320-000

15 - E-mail: anacendigera@gmail.com 16 - Tel (DDD): 41-9918-9204

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:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos síntesis. Analise uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (361)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (digitar banco)
Nome do BANCO: Brásil

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 stando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização de 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vir nascido)? 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ronivaldo 10.11.2010
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Sérgioaldo das Silvas Melo

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

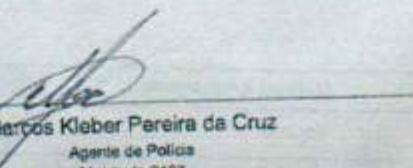
Nº: 00081476/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Egivaldo da Silva Melo	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

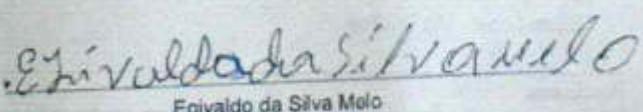
RELATA O COMUNICANTE QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTO DE PLACA OEO 8708 DE MARCA HONDA /CG 150 FAN ESI ANO 2012 DE COR PRETA DE CHASSI 9C2KC1670CR531192, PELA RODOVIA SE 200 QUE LIGA PORTO DA FOLHA À GARARU, QUANDO CHEGOU PRÓXIMO A ENTRADA DO Povoado LAGOA DE DENTRO AO DEIXAR DE UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, QUE OCASIONOU UMA FRATURA DA CLAVÍCULA DO LADO ESQUERDO E DESLOCAMENTO DO OMBRO ESQUERDO. FAZ ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA O SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS



Marcos Kleber Pereira da Cruz
Agente de Polícia
Matrícula 2487

Responsável pelo Abandono



Egivaldo da Silva Melo
Vítima, Comunicante

"Declaro para os efeitos finais de que sou (sou) unicamente responsável pelas informações acima apresentadas e certifico que posso responder direta e integralmente pelas presentes declarações que faço em nome, conforme previsto nos Artigos 309-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Criminoso no Código Penal Brasileiro."

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 813.005.675-68 4 - Nome completo da vítima: Sérgioaldo Da Silva Melo

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

5 - Nome completo: Sérgioaldo Da Silva Melo 6 - CEP: 913.005.675-68

7 - Profissão: Jovem 9 - Número: 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Curitiba 13 - Cidade: Curitiba 14 - CEP: 15.320-000

15 - E-mail: anacendigera@gmail.com 16 - Tel (DDD): 41-9918-9204

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:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos síntesis. Analise uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (361)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (digitar banco)
Nome do BANCO: Brásil

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 stando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização de 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vir nascido)? 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ronivaldo 10.11.2010
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Sérgioaldo das Silvas Melo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

..... (Assinatura se houver)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO MÉDICO



Nome: Eugenio

O Sr. Eugenio da Silva esteve no Hospital
Sexto de Franca para o mesmo ser
retirado de Fratura de clavícula.

Enfurecido. Necessitando assistência
imediatamente.

José Araújo L. Filho
Médico
23/07/2020



SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL Dr. FRANCISCO ROLLEMBERG
upa_portodafolha@hotmail.com
Pça. Antônio Pinto Rezende, 226, Centro
Tel.: (79) 3349-2091

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

UPA
24h

CARTÃO SUS Nº 704 1051 7180 4075 REGISTRO Nº 6.361

NOME: *Genivaldo da Silva Melo* RAÇA/COR:

SEXO MASC. () FEM. () IDADE: 52 anos DATA DE NASC. 02 / 06 / 1967

RG: 1.334.349 SSP: SE N° DO SISPRENATAL:

DATA DA ADMISSÃO: 10 / 03 / 2020 HORA: 07:07 Est. Civil: Solteiro

FILIAÇÃO: PAI: *Eduardo de Oliveira Melo*
MAE: *Maria das Graças da Silva*

ENDERECO: *Rua: Praça do Parque*

BAIRRO: *Parau - II* CIDADE: *Parau - II* Profissão: *padeiro*

TELEFONE:

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: *O mesmo.*

GRAU DE PARENTESCO:

ENDERECO DO RESPONSÁVEL:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

DIAGNÓSTICO:

DATA	HORA	ANAMNESE E EXAMES FÍSICO
10/03/2020	07:07	<i>Pt. V. Crt. Gláice de Oliveira est. dist. Rx devolto. O/P. Tensão Arterial regular. 110/80</i>
		<i>Praxe. x</i>

DATA	HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES
10/03/2020	07:07	<i>O/AVULVOLB.</i>	
		<i>O Rx devolto. O/</i>	
		<i>O Profil. Em, 08:00, 400</i>	X 08:00
		<i>O Rx Interd.</i>	
		<i>O Consultas procedur.</i>	
		<i>SINDA</i>	
		<i>Jorge</i>	

EXAMES SOLICITADOS	ULTRASSONOGRAFIA:
	RAIO X:
	LABORATÓRIO:

DESTINO			
TRANSFERÊNCIAS	ADMISSÃO NO PS (até 24h)	INTERNAÇÃO	
ALTA - DATA: 10/03	HORA: 09:30	ÓBITO - DATA: / /	HORA: / /



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

ABU TO ()

EXAM PRACTICE

www.scholar.com "X"

ADULTO ()		CRIANÇA ()		OBS. Assinatura				
01	Nível de consciência	Consciente ()	Inconsciente ()	Confuso (a) ()	Depressivo (a) ()			
02	Pele	integra()	ictérica ()	Cianótica ()	Palidez Cutânea ()			
03	Mucosa	Corada ()	Descorada ()	OBS:				
04	S. Cardiovascular-Padrão Respiratório:	Eupneico ()	Taquipneico ()	Dispnéico ()	Sibilos ()	Roncos ()	Chiados ()	
05	FR. Respiratório	<16ipm()	16-22ipm ()	23-30ipm ()	31-40ipm()	41-45ipm()	>45ipm ()	
06	Abdômen	Flácido ()	Globoso ()	Doloroso à palpação()	Escavado ()	Plano()	OBS:	
07	Ferida Operatória	Limpa e seca ()	Hiperemizada()	Secreções()	Desicância()	Curativo Oclusivo ()		
08	MMSS	Integras()	Atrofia ()	Paresia()	Parestesia()	Hemiplegia()	Hematomas()	Edema()
	MMII	Integros()	Atrofia()	Paresia()	Varizes()	Parestesia()	Hemiplegia()	Edema()

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

40.03.2020 08:50 Administrado cloramp de profenid, IM em glúteo
E). Pcte segue bem, aguardando tempo de
resposta da medicinação e consulta no dia
outro clínico —

09:20 Paciente refaz melhora, recebe alta médica
estrutural e encaminhado ao ortopedista. sai da
Unidade sem queixas — Teresa Dantas Rodrigues
COREN-CE 0000000000000000



Legenda:

Légena:

0 = Ausência de Dor; 1=Dor leve; 2=Dor Moderada; 3-4=Dor Intensa; 5=Dor Imponente

0 = Ausencia de Dor; 1= Dor leve; 2=Dor Moderada; 3e4= Dor intensa; 5= Dor Insuportable; R= Roseado; D= Decolorado; P= Pálida; C= Cicatriz; A= Adherente; S= Seco.

Cor: R= Roseado; D= Decorado; P= Pálido; C= Cianótico; I= Ictérico; S= Salpicado; H= Hipermixiado.

H= Hiperemiado;
Atividade= Ativa.

Atividade: Ativo (++); **Estimulado (+)**; **F= Flácido**; **S= Sonolento**; **Co= Convulsões**; **T= Tremor**; **E= Elástico**; **P= Páliptero**; **R= Rígido**

F= Flácido; P= Paralizado; I= Irritado; C= Chorando.

Nível de consciência: C= Consciente; I= Inconsciente.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320493/20

Número do Sinistro: 3200403615

Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO

CPF: 873.005.675-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2020

EGIVALDO DA SILVA
MELO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 24/11/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2020
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTOI
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTOI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320493/20

Vítima: EGIVALDO DA SILVA MELO

CPF: 873.005.675-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2020

EGIVALDO DA SILVA
MELO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

EGIVALDO DA SILVA MELO : 873.005.675-68

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: 11/11/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2020
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTOI
CPF: 675.189.230-68

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

VERA LUCIA DA SILVA BERTOI