



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345744/19

**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**CPF:** 027.610.914-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Titular do CPF:** BARTOLOMEU LOPES  
TAVARES

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

### BARTOLOMEU LOPES TAVARES : 027.610.914-77

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](http://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: 04/10/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190568781      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES      **Data do acidente:** 17/12/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO (90 GRAUS DE ELEVAÇÃO E 60 DE ROTAÇÃO) E FORÇA MUSCULAR (++/4+) DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESAO, MAS DESENVOLVEU RIGIDEZ ARTICULAR POR CAPSULITE ADESIVA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190568781      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES      **Data do acidente:** 17/12/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO (90 GRAUS DE ELEVAÇÃO E 60 DE ROTAÇÃO) E FORÇA MUSCULAR (++/4+) DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESAO, MAS DESENVOLVEU RIGIDEZ ARTICULAR POR CAPSULITE ADESIVA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190568781      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES      **Data do acidente:** 17/12/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** DOR EM OMBRO ESQUERDO - P. 3

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO NA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO.  
P. 1 À 4.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X - VÍTIMA COM 42 ANOS.

@ -P. 4 - CONSTA RELATÓRIO MÉDICO NA PÁGINA 4 INDICANDO LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS.

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190568781      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES      **Data do acidente:** 17/12/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** DOR EM OMBRO ESQUERDO - P. 3

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO NA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO.  
P. 1 À 4.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X - VÍTIMA COM 42 ANOS.

@ -P. 4 - CONSTA RELATÓRIO MÉDICO NA PÁGINA 4 INDICANDO LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS.

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### 1 OUTORGANTE BARTOLOMEU LOPES TAVARES

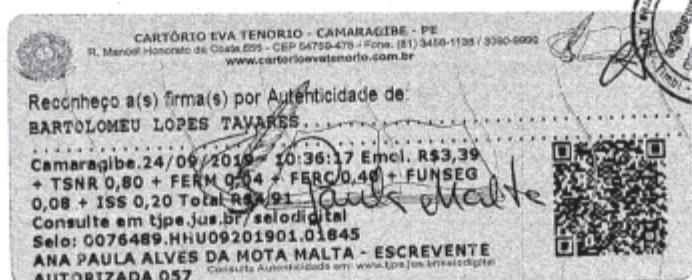
Portador (a) do documento de identidade n 4.987.604, expedido por SDS, em  
18/10/2006 inscrito no CPF sob o n 027.610.919-77, residente na  
Rua Conselheiro Pontual n 495, complemento \_\_\_\_\_, Barrio BONNAVOCIDADE, cidade CAMARAGIBE, Estado PE

### 2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n 4416464, expedido por SSP-PE, em  
10/05/2013 inscrito no CPF sob o n 81700806491, residente na  
RUA APULEU VIEIRA n 113, complemento \_\_\_\_\_, CASA, Barrio VARZIA,  
cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Camaragibe 24 de Setembro de 2019  
  
OUTORGANTE Bartolomeu Lopes Tavares



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345744/19

**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**CPF:** 027.610.914-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Titular do CPF:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

### BARTOLOMEU LOPES TAVARES : 027.610.914-77

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](http://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: 04/10/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345744/19

**Número do Sinistro:** 3190568781

**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**CPF:** 027.610.914-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Titular do CPF:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**BARTOLOMEU LOPES TAVARES : 027.610.914-77**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 24/10/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

---

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

---

Marta Marinho dos Santos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190568781**

**Vítima: BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190568781**

**Vítima: BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.
---------------------------------	--

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190568781**

**Vítima: BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 14 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190568781**

**Vítima: BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

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 completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000003504-1**

**Conta: 0000039485-8**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027.610.914-77 4 - Nome completo da vítima: Bartolomeu Bópes Tavares

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

5 - Nome completo: Bartolomeu Bópes Tavares 6 - CPF: 027.610.914-77  
 7 - Profissão: Professor - Be 8 - Endereço: Rua Conde de Jundiaí 9 - Número: 445 10 - Complemento: 11 - Bairro: Barreiros 12 - Cidade: Comandatiba 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.750-000 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 487169468

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3504

1

CONTA: 39.485

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 30 setembro de 2019  
 Bartolomeu Bópes Tavares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

027610914-77

Bartolomeu Lopes Teixeira

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

5 - Nome completo:

Bartolomeu Lopes Teixeira

6 - CPE:

027610914-77

7 - Profissão:

Recusou-se

8 - Endereço:

Rua CH Imaculada Conceição

9 - Número:

445

10 - Complemento:

Cosa

11 - Bairro:

Figueira das Camerias

12 - Cidade:

Camaragibe

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54750-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDDI):

(81) 987169468

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

3504

CONTA:

39485

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3504

1

CONTA: 39485

8

(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 dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado 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 (velho/velha)?

 Sim

 Não

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

 Recife - Pernambuco de 20/18  
 Bartolomeu Lopes Teixeira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190568781  
Nome do(a) Examinado(a): Bartolomeu Lopes Tavares  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Conselheiro Pontual, 445  
Borralho Camaragibe PE CEP: 54756-037  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 4987604  
Data local do acidente: [ 17/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 04/11/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA E FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: CAPSULITE ADESIVA**  
**Data da Alta: 17/12/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO (90 GRAUS DE ELEVAÇÃO E 60 DE ROTAÇÃO) E FORÇA MUSCULAR (++/4+) DO OMBRO ESQUERDO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO AO OMBRO ESQUERDO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

DR. LUIZ CASANDRA  
Médico  
CRM: 17761

551607  
0345744/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS - DP11ªCIRC  
DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E01010007584



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/02/2019** às **18:03**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **17/12/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 1, CRUZAMENTO DA AVENIDA AFONSO OLINDENSE** - Bairro: **VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
CITYLOC CT LOC DE VEICS E SERVIÇOS LTDA ( OUTRO )  
ROBERTO NASCIMENTO ( VITIMA )  
BARTOLOMEU LOPES TAVARES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BARTOLOMEU LOPES TAVARES  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERTO NASCIMENTO

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

**ROBERTO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDOMAR NASCIMENTO DOS SANTOS** Pai: **ANTONIO GOMES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **31/3/1980** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Comercial: **RUA JOAO CARLOS GUIMARAES, 136 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**BARTOLOMEU LOPES TAVARES** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS NEVES DA SILVA** Pai: **JOSE TAVARES FILHO** Data de Nascimento: **26/7/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4987604/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)**  
Telefones Celulares:  
- **81994131710**

Endereço Residencial: **RUA LUCIO MENDONÇA, 279 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CITYLOC CT LOC DE VEICS E SERVIÇOS LTDA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: - Documentos: **03446400000202 (CNPJ)**

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

**VEICULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CITYLOC CT LOC DE VEICS E SERVIÇOS LTDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BARTOLOMEU LOPES TAVARES**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/SPIN** Objeto apreendido: Não  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDI9892** (PERNAMBUCO/RECIFE) Chassi: **9BGJG7520HB150835**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **RENAVAM 1107934955**

**VEÍCULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **BARTOLOMEU LOPES TAVARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: Não  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEV3122** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD0540CR526677**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **RENAVAM : 453404944; BROS 150 ESD**

Complemento / Observação

**O DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA E LOCAL DO FATO QUANDO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA JÁ REGISTRADO NESTE, SEMÁFORO VERDE PARA O SENHOR BARTOLOMEU, COLIDIU COM UMA VIATURA DA POLÍCIA QU ESTAVA EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA QUE CRUZAVA AVENIDA CAXANGA EM DIREÇÃO A AVENIDA AFONSO OLINDENSE. DESSE MODO, O POLICIAL ROBERTO LIGOU PARA O SAMU, CTTU, E I.C OCORRÊNCIA S-566138, DEPOIS O SAMU QUE SOCORREU A VÍTIMA ATÉ A UPA DA CAXANGA CUJO O N° ATENDIMENTO 01247887 PRONTUÁRIO N° 00455114 E ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO. PORTANTO, DIANTE DO EXPOSTO, REQUER O JUSTO RESGUARDO.**

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

**ROBERTO NASCIMENTO**  
(VITIMA)

**BARTOLOMEU LOPES TAVARES**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROBERTO NASCIMENTO DOS SANTOS** - Matrícula: **350845-5**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:	4 - Nome completo da vítima:
	027.610.914-77	Portolomeu Bópes Tavares

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Portolomeu Bópes Tavares	027.610.914-77		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Mercenário	Rua Conde de Jundiaí	445	Cosq
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Barreiros	Comandânea	PE	54.750-000
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (81) 487168468		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco do Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 3504   CONTA: 39.485   8

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (veja nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	---	---	--

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 30 setembro de 2019  
Portolomeu Bópes Tavares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	056.02.2019
DATA	19.02.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **BARTOLOMEU LOPES TAVARES**, portador do Documento de Identidade nº **4987604** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **027.610.914-77**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-566138**, que no dia 17 de dezembro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 17h40, na Avenida Caxangá, imediações entre o Terminal Integrado Caxangá e UPA Caxangá, no bairro Várzea, Recife/PE e, em seguida, sendo direcionado para a UPA Caxangá.  
Recife, 19 de fevereiro de 2019.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano - Recife

*Sérgio Parente Costa*  
Dr. Sergio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BARTOLOMEU LOPES TAVARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03504-1

CONTA: 000000039485-8

---

Nr. da Autenticação C92A362C5DCF1636





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2  
ATENDIMENTO: PRACA FARIAZ NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R  
ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE  
ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA MATRÍCULA: 54871430 Mai/2019  
R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-370  
INSCRIÇÃO: 340.419.440.0366.000 GRUPO:15 DEB.AUTOMATICO: 054871430

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175611159	DATA LEIT. ANTERIOR 10/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/06/2019		TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

ÁGUA:  
LEIT. ANT: 167 CONSUMO:22  
LEIT. ATU: 189  
LEIT. FAT: 189

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

		PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN.	A LEGIS.
04/2019	15	TURBIDEZ	139	133	132
03/2019	13	COR APARENTE	139	133	125
02/2019	17	CLORO RESIDUAL	139	133	133
01/2019	16	COLIF. TOTAIS	139	133	130
12/2018	19	E. COLI	139	133	133
11/2018	19				
MÉDIA:	17				

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)  
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES SANITARIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	10 M3	47,40
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3	2 M3	11,26
MUNTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		1,32
DOAÇÃO AO PRO-crianças 05/2019		1,00

TRIBUTOS BASE DE CÁLCULO PERCENTUAL (%) VALOR DO IMPOSTO

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Arthur V. Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064-91,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bento Lomen Bopas Tavares inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 027.610.914-77, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
Bento Lomen Bopas Tavares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.610.914-77, 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	Rua Apuleu Vieira	Número	113	Complemento	Casa
Bairro	Várzea	Cidade	Recife	Estado	PE
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(81) 987169468

Recife de 01/10/2019  
Local e Data

Arthur V. Costa Neto

Assinatura do Declarante



Pernambuco

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

  
Hospital Infantil  
**Maria Lucinda**  
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome: **455114-BARTOLOMEU LOPES TAVARES** Idade: **41a 5m** Nascimento: **26/07/1977** Data do Atendimento: **17/12/2018**  
Sexo: **MASCULINO** Contatos: **81-994131710** Prontuário: **00455114**  
Mãe: **MARIA DAS NEVES DA SILVA** Endereço: **RUA LUCIO MENDONCA, 279 - VERA CRUZ - CAMARAGIBE/ PÉ - CEP: 54786110** Nº Atendimento: **01247887**  
Serviço: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**  
Médico: **AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411**

### REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

ACIDENTE VIARIO COM DOR + GRAGONA DO MSE

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

UPA 24h  
CAXANGÁ  
Audrey Vasconcelos  
Coord. Médica



Pernambuco

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

Hospital Infantil  
**Maria Lucinda**  
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome: 455114-BARTOLOMEU LOPES TAVARES Idade: 41a 5m Nascimento: 26/07/1977 Data do Atendimento: 17/12/2018

Sexo: MASCULINO Contatos: 81-994131710 Prontuário: 00455114

Mãe: MARIA DAS NEVES DA SILVA Endereço: RUA LUCIO MENDONCA, 279 - VERA CRUZ - CAMARAGIBE/ PÉ - CEP: 54786110 N° Atendimento: 01247887

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: N° 17411

Conduta:

AVRAHAM FERREIRA CRM: N° 17411

UPA 24h  
UPA CAXANGÁ 24h  
Dra Audrey Vasconcelos  
Coord. Médico  
CRM: 17411

# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-12-17 18:41:56

	Nome Paciente:	BARTOLOMEU LOPES TAVARES
	Cód. Paciente:	455114
	Data de Nascimento:	26/07/1977
	Sexo:	Masculino
	Idade:	41
	Senha:	OR0065
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1247887
	SAME:	

Período: 2018-12-17 18:41:56 - 2018-12-17 18:45:51

Prioridade:	URGENCIA
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU RECIFE / BASICA 18/ OCORRENCIA 566138 COLISÃO MOTO CARRO COM ESCORIAÇÕES EM MMSS NEGA TCE E VOMITOS REFERE DOR E,M OMBRO E HGT-170
Observação:	HAS- DM- ALERGIA-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- CAPNOGRAFIA: 98.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 74.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Acolhido(a) por: REGINA LUCIENE VENTURA P DA SILVA - COREN: 38470 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-01-07 09:04:35



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
RECEITUÁRIO

UNIDADE:

Bortolomeu Lopes

Nome do Paciente:

Torres.

Nº do Prontuário:

06/09

/2019

louco

Declaro por os  
deci dos feitos que pa-  
ciente Seyzio estou  
foi vítima de ação  
de moto eleito em De-  
zembro de 2018 e encon-  
trou b de ADU (Rotogão)  
ext uocul. Rotogão ut llo-  
ucl, Elevogão 90° (120/180)  
CID: U75.5  
U75.9

Dr. Hugo Gonçalves  
Médico  
Traumatologista e Ortopedia  
CRM-PE 19.558 TEOT 44.242



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DIREÇÃO-GERAL DE REGISTRO E TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

**1487430708**

**ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**4416464 SSP PE**

CPF  
**817.088.064-91** DATA NASCIMENTO  
**02/05/1972**

FILIAÇÃO  
**GILBERTO VALERIANO DA COSTA**  
**HELENA MARIA DA SILVA COSTA**

PERMISSÃO  
**██████████** ACC  
**██████████** CAT. HAB.  
**D**

Nº REGISTRO  
**04324080986** VALIDADE  
**30/09/2022** 1ª HABILITAÇÃO  
**26/03/2008**

OBSERVAÇÕES  
MAR

*Artur V. Costa Neto*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**RECIFE, PE** DATA EMISSÃO  
**30/10/2017**

*Charles Andrade Souza Ribeiro*  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR  
**30390611474**  
**PM001620225**

**PERNAMBUCO**