



Número: **0000776-32.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **17/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PEDRO LUIZ DA SILVA (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64846673	17/07/2020 14:06	ANEXO 1	Outros (Documento)

**Lauda 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: 3200114316
Nome do(a) Examinado(a): Pedro Luiz da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Sta Catarina de Sena, 11
Cohab Serra Talhada PE CEP: 56909-188
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 3314166
Data local do acidente: [16/12/2019]
Data local do exame: [22/04/2020] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO
Complicações: DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO
Data da Alta: 14/04/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ROTAÇÃO E ELEVAÇÃO PREJUDICADA
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT DE MOBILIDADE DO 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):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% 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.
limita trabalho de pedreiro

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PEDRO LUIZ DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: VI
 Profissão: PEDEIREIRO, portador(a) do RG 3314166, órgão expedidor SDS/PE
 e do CPF: 61495729489, residente no(a) STA. CATARINA DE SIEM
 nº 11, bairro: COHAB, município: SERRA TALHADA, PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor ESP/PE
 e do CPF: 00849532429, residente no(a) ANTÔNIO TOME DE SOUZA
 nº 593, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA, PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado adme qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima PEDRO LUIZ DA SILVA

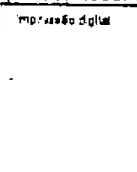
CPF: 61495729489, data do acidente: 16/07/19, Cobertura: INVALIDIZ

Local e data: SERRA TALHADA, PE 18/07/19

Pedro Luiz da Silva

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
 Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

Telefone: (81) 33311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de PEDRO LUIZ DA SILVA, Dou Fé. Serra Talhada, PE, em test. () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva-Titular. () Maria Lúcia de Sousa-Substituta. Emol. R\$ 3,39. TSNR-R\$ 0,80. FERE-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 9074872.VUZ12201901.02354 18/12/2019 11:49:24
 Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG: _____, órgão expedidor: _____
 e do CPF: _____, residente no(a): _____
 nº: _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
TESTEMUNHAS 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200114316

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 16/12/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE OU PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200114316

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 16/12/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: ROTAÇÃO E ELEVAÇÃO PREJUDICADA
DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
EVOLUIU COM DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO
DATA DA ALTA: 14/04/2020

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/04/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DO OMBRO ESQUERDO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais informações, acesse o site www.singulardadades.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

SAC (para dúvidas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 0800-1006 / Outras regiões: 0800-022 12 04 / Das 08 às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8188 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 801 3360 | Ouvidoria: 0800 022 91 85

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 15/04/2020
00/00/00

Nome do beneficiário: PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF do beneficiário: 81.959.394-87

Nome do solicitante: PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF do solicitante: 81.959.394-87

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9498-5497 Tel. Comercial: ()
DDD DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SERRA TALHADA-PE 15/04/2020

Local Data

Pedro Luiz da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/abito não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ADMINISTRAÇÃO FEDERAL DO TRIBUTO
RECEITA FEDERAL DO ESTADO DO PERNAMBUCO
SECRETARIA NACIONAL DE TRIBUTAÇÃO

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PROFISSÃO
ADMINISTRADOR

ACC
RECEITA

CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADEZ
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
RAR
CERTX

ASSINATURA DO PONTADOR
George Carlos Melo Lima

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

ASSINATURA DO EMITENTE
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
33810552544
PE079946268

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

SÉGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO - SEGURO DPVAT

PENº 0137262B1117 BILHETE DE SEGURO DPVAT

WENDRA MARIA LOPES SÁLVOE

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradora lider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

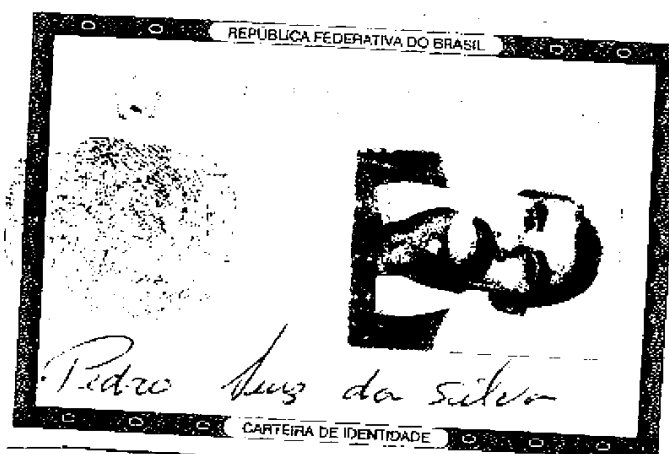
SERRA TALHADEIRA-PE

CARTEIRO DATA EMISSÃO
CÓDIGO PLACA
MARCA/MODELO
VALOR DO SEGURO
PREMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO SEGURO (R\$)
CURTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)
CURTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURADORA LÍDER · DPVAT

CNPJ 06.246.696/0001-04





REGISTRO GERAL 3.314.166 VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL DATA DE EMISSÃO: 05/09/2018

NOME << PEDRO LUIZ DA SILVA >>

FILIAÇÃO << ELPIDIO LUIZ DA SILVA >>
<< TERESINA FERNANDELA DA SILVA >>

NATURALIDADE CUSTÓDIA - PE DATA DE NASCIMENTO 10/01/1965

DOC ORIGEM 35.357.294-87

APROVADO PE 1985 1988 >> //

CPF 35.357.294-87

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 116 DE 28.08/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
881 957 294-87

Nome
PEDRO LUIZ DA SILVA

Nascimento
10/01/1965



Ac.



SAATCHI & SAATCHI



Figure 2. Significant Correlation of Significant

[illegible][illegible]

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

72- DO ~~CONFIDENTIAL~~ CONFIDENTIAL
 1- 10/10/10

- beam
- column — cap (D)
- DRONE for work

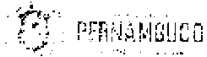
2-2-2000

$$S_{\text{eff}} = \int d^4x \sqrt{-g} \left[\frac{1}{2} R - \frac{1}{2} (\partial_\mu \phi)^2 - V(\phi) \right] + \int d^4x \sqrt{-g} \mathcal{L}_m$$

Dr. Elber de Almeida de Silva
CPF 882.200.644-70
Endereço: Rua Manoel de Aguiar, 100



98.03-7484/0 5826-8789



Nome:

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Data:

11/11

(J4m)

Em nome de

Tramite

Por

Porta no de 400000 E

17/12/29

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA, 995 - CENTRO - NEREA TAI - MATA
RUA D. CARLOS, 100 - JARDIM - NEREA TAI - MATA

[Handwritten signature]



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:06:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714062879700000063638234>
 Número do documento: 20071714062879700000063638234





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 19/12/2019

Atendimento: 0029664

Quarto/leito: 203 / 2

Paciente: 00210501 - PEDRO LUIZ DA SILVA

Cirurgia Realizada:

Osteossintese
Clavicula e

N. do Procedimento:

0408040150

Data: 20/12/19

Início:

Término

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

Sub peritônio. Aberto
região clavicula e, fúrcula fore
peito. Superior para pleura por
acesso. Anestesia. Vácuo fechante
do abdome. Foco ferida. Solução
e fixação uterina. O fio KIRSCHNER
sutura para pleura e peritônio

Antonio Rodrigues de Freitas
CRM: 1351
CPF: 036.552.003-25

Assinatura do Cirurgião



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA		DATA DA SOLICITAÇÃO 17/12/2019 09:40
MÉDICO SOLICITANTE ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE CRM - 015326

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE PEDRO LUIZ DA SILVA		NR DO PRONOME 655090
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO 10/01/1965	SEXO Masculino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL TEREZINHA FELISBEIA DA SILVA		TELEFONE RESIDENTE
ENDEREÇO (RUA, N.º DA CASA) RUA 10, 11, COHAB		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA	CEP (Cidade) MUNICÍPIO 2613006	UF PE
		CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACT, CONSENTE, ORIENTADO APOS QUEDA APRESENTA DOR E EDEMA, NEGA HAS E DM		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS) EXAME FÍSICO + RAIOS X		
DIAGNÓSTICO(S) FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA		
CID-10 PRIMÁRIA	CID-10 SECUNDÁRIA	CID-10 CAUSAS ACIDENTAIS

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
CLÍNICA	CARACTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	DOCUMENTO (X) CNS () CPF
Nº DOCUMENTO (CPF/CPF DO HIA) SINAL SOLICITANTE ASSISTENTE		

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		DATA DE AUTORIZAÇÃO
PROFESSOR	ESPECIALIDADE	
MÉDICO RESPONSÁVEL		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		DATA DA SOLICITAÇÃO
DOCUMENTO (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CPF/CPF DO HIA) AUTORIZADOR	CÓDIGO DE AUTORIZAÇÃO

ESCLARECIMENTOS



PEDRO LUIZ DA SILVA

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 16/12/2019 no município de Serra Talhada- PE. Após o acidente foi atendido no HOSPAM, em Serra Talhada, onde foi evidenciada fratura de clavícula esquerda. O paciente realizou procedimento cirúrgico para osteossíntese no Hospital São Vicente em Serra Talhada dia 20/12/2019.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente no dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: dor intermitente em ombro esquerdo, associado a edema. Relata dormência e formigamento no MSE e ainda força diminuída no membro.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 75% para suas funções trabalhistas como Pedreiro.

Dra. Tamara Lopes de Azevedo
Médica
CRM-PE 27.615

Serra Talhada, 14 de abril de 2020.

ESPECIALISTAS:

- Traumatologista/Ortopedista
- Anestesiista - Especializada em acupuntura, dor crônica e ondas de choque
- Ultrassonografia
- Medicina Ortomolecular
- Neurocirurgia

- Nutricionista
- Reumatologista
- Fisioterapeuta
- Cardiologista - Crianças e recém nascidos
- Hematologia e Hemoterapia
- Clínica Geral

Assinatura eletrônica
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
centromedicost

3831.8446 99916.0112





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: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (com reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 69 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Cuidados: 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/BIBLIOTECABEB/DOCCORRIGINAIS/ASPX?TIPO=1&CODIGO=29535>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção e 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 fonte de renda mensal, além de respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPER ATENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSER, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSEGURADORA DE SEGUROS, ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.131/99.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PEDRO LUIZ DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 008.445.324 / 11

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima PEDRO LUIZ DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 081.750.247 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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-DPVA¹, residir no endereço abaixo, anexando e cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

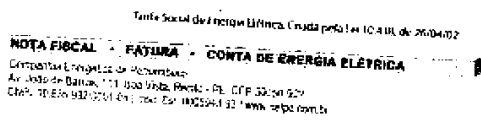
Endereço: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>gmg@seguros@meil.com</u>	CEP: <u>56.403-220</u>	Tel. (DDD): <u>87.99998.1472</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 10/07/2020

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

CLORUD001/0001/2017



**DADOS DO CLIENTE**

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ST. ANTONIA LIEBEIRA 11

Call 1-800-859-1144 for more information.

1. 2015年12月31日，甲公司“应付账款”科目贷方余额为100万元，其中明细科目贷方余额有80万元，借方余额有20万元；“预收账款”科目贷方余额为100万元，其中明细科目贷方余额有120万元，借方余额有20万元。甲公司2015年12月31日资产负债表“应付账款”项目应填列的金额为（ ）万元。

CLASSIFICAÇÃO

BT 451174A
KAWA HFFILACOMTEL

CONTA CONTRASTI

4009072336

10/2018

04/11/2019

27/11/2019

33000019 | 20090603 | 3671-*

152.24

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

TOTAL COST OF PURCHASES

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL
ANTERIOR

[illegible]

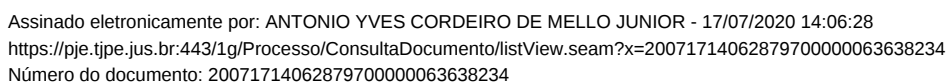
FOR DISCUSS OR CONTINUED

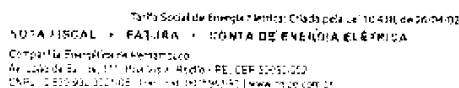
Wissenschaftszentrum für Sozialforschung

MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS		Bairro do Canteiro		%	Valor em R\$	COMPOSIÇÃO DO EMPRÉSTIMO	
CHUBIS	220	ICMS				Garantida pelo Empréstimo	R\$ 44.412,00 22,96%
BOBATO	131				Transferências	R\$ 4.493,00 2,33%	
ANILAS	132				Mut. União do C. de Impl.	R\$ 4.493,00 2,33%	
AL. 112	130				Porção do Empréstimo	R\$ 5.171,00 2,68%	
AL. 113	131				End. g. g. do C. de Impl.	R\$ 2.911,00 1,49%	
AL. 114	131	COFINS				Total	R\$ 62.880,00 32,81%
AL. 115	131				Empréstimo	R\$ 52.487,00 27,44%	
AL. 116	131						
AL. 117	131						
AL. 118	131						
AL. 119	131						
AL. 120	131						
AL. 121	131						
AL. 122	131						
AL. 123	131						
AL. 124	131						
AL. 125	131						
AL. 126	131						
AL. 127	131						
AL. 128	131						
AL. 129	131						
AL. 130	131						
AL. 131	131						
AL. 132	131						
AL. 133	131						
AL. 134	131						
AL. 135	131						
AL. 136	131						
AL. 137	131						
AL. 138	131						
AL. 139	131						
AL. 140	131						
AL. 141	131						
AL. 142	131						
AL. 143	131						
AL. 144	131						
AL. 145	131						
AL. 146	131						
AL. 147	131						
AL. 148	131						
AL. 149	131						
AL. 150	131						
AL. 151	131						
AL. 152	131						
AL. 153	131						
AL. 154	131						
AL. 155	131						
AL. 156	131						
AL. 157	131						
AL. 158	131						
AL. 159	131						
AL. 160	131						
AL. 161	131						
AL. 162	131						
AL. 163	131						
AL. 164	131						
AL. 165	131						
AL. 166	131						
AL. 167	131						
AL. 168	131						
AL. 169	131						
AL. 170	131						
AL. 171	131						
AL. 172	131						
AL. 173	131						
AL. 174	131						
AL. 175	131						
AL. 176	131						
AL. 177	131						
AL. 178	131						
AL. 179	131						
AL. 180	131						
AL. 181	131						
AL. 182	131						
AL. 183	131						
AL. 184	131						
AL. 185	131						
AL. 186	131						
AL. 187	131						
AL. 188	131						
AL. 189	131						
AL. 190	131						
AL. 191	131						
AL. 192	131						
AL. 193	131						
AL. 194	131						
AL. 195	131						
AL. 196	131						
AL. 197	131						
AL. 198	131						
AL. 199	131						
AL. 200	131						

CONFIDENTIAL - EYES ONLY
 1. The above information is for the use of the
 2. Department of Defense only and is not to be
 3. distributed outside the Department of Defense.
 4. This information is to be controlled as a
 5. CONFIDENTIAL - EYES ONLY.

0.19% (mean $\pm$ SD)
 2.2% (4.0% max)
 0.07% (20% max)
 0.52% (8% max)



[illegible]

● 2019年1月1日起实施

[illegible]

$\frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{2}$

CENTA CONTRACTS

WASH AND

"sleep" . . .

६५५५३

1130133025

09/2019

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

• • • • •

2000

23/09/2019

14/10/2019

1. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* were determined using a spectrophotometer.

11. *U. hirsuta* (L.)

156 52

[illegible]
$$T(\mathbf{y}) = \mathbf{y} - \mathbf{y}(\mathbf{y}^T \mathbf{y})^{-1} \mathbf{y}^T \mathbf{y}$$

• **Supervisors:**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEMORIAL	DATA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LEITURA	CONSUMO DESTA ATUAL DATA LEITURA	Nº DE DAB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
12104					0000		0000

LITERATURE CITED

114 *Journal of Maritime Law and Commerce*

[illegible]

10. CONCLUSIONS AND FUTURE RESEARCH

Según el informe de la OEA, el 2007 se redujo el número de homicidios en 10 países de la región, pero en 11 se incrementó. En 19 países, el número de homicidios se redujo en al menos un 10 por ciento, pero en 11 países se incrementó en al menos un 10 por ciento. En 19 países, el número de homicidios se redujo en al menos un 10 por ciento, pero en 11 países se incrementó en al menos un 10 por ciento. En 19 países, el número de homicidios se redujo en al menos un 10 por ciento, pero en 11 países se incrementó en al menos un 10 por ciento.

As condições de trabalho de
forças armadas brasileiras, assim
como as condições de trabalho,
são de grande importância para a
população brasileira, e a situação
de trabalho de forças armadas
é de grande importância para a
população brasileira.

INVESTAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO					NÍVEL DE DEPENDÊNCIA		
CONDIÇÃO	VALOR APROVADO (R\$ MIL)	TEMPO MÉDIA	TEMPO MÁXIMO	TEMPO MÍNIMO	TECNOLOGIA NACIONAL (%)	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA (%)	VALOR R\$
1	100	10	15	5	100	100	100
2	200	15	20	10	90	90	180
3	300	20	25	15	80	80	240
4	400	25	30	20	70	70	280
5	500	30	35	25	60	60	300
6	600	35	40	30	50	50	300
7	700	40	45	35	40	40	280
8	800	45	50	40	30	30	240
9	900	50	55	45	20	20	180
10	1000	55	60	50	10	10	100





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 do ASL:

3 - CPF da vítima:

617 452 294 82

4 - Nome completo da vítima:

PEDRO LUIZ DA SILVA

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

5 - Nome completo:

PEDRO LUIZ DA SILVA

7 - Profissão:

PEDREIRO

8 - Endereço:

STO CATARINA DE SEMA 37

11 - Bairro:

POMBO

12 - Cidade:

SERRA ILUMINA

13 - Estado:

SE

15 - E-mail:

56960 000

26 - Tel (DDD): 33 4471 1411

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☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATE 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:

AGÊNCIA:

0414

13

CONTA:

55162

8

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 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 (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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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 (a) (vivo)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a queles 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 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo):

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SERRA ILUMINA - PE - 30/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267005200**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/12/2019** às **10:36**

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOIS BAIRRO COHAB, POR TRAS DO 14 BPM - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCOMHECIDO (AUTOR/AGENTE)
PEDRO LUIZ SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO LUIZ SILVA**

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

PEDRO LUIZ SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TERESINHA FELISBELA DA SILVA** Pai: **ELPIDIO LUIZ DA SILVA** Data de Nascimento: **10/1/1965** Naturalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA DEZ BAIRRO COHAB, PROXIMO DO FORUM - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 11 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO DO FORUM**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO LUIZ SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO LUIZ SILVA**
Categoria: Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDZ1984** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **046704807** Chassi: **9C2KC1680FR205227**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação



COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTE BOE O QUAL JA DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE QUE COMUNICA QUE EM DAT E HORA COMO TAMBEM LOCAL DESCRITOS NESTE PROCEDIMENTO QUANDO TAFECAVA NA RUA DOIS NO BAIRRO COHAB E DE REPENDE ATRAVERSOU EM SUA FRENTE UMA MOTO DE COE AMARELO COM PRETO E NAO DANDO TEMPO PARA PARAR BATEU NA MESMA E VINDO A CAIR E AO SOLO E SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPAN PELO CORPO DE BOMBEIROS ONDE CONSTATOU SE QUE SUA CAVICULA DO LADO ESQUERDO ESTAVA QUEBRADA E FOI TRANFERIDO PARA A CASA DE SAUDE SAO VICENTE ONDE FOI OPERADO PELO DR. ANDRE BARRETO MEDICO DE SERVIÇO NAQUELA UNIDADE DE SAUDE E POR ESTE MOTIVO FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREITO ADIANTA QUE O MOTOCUEIRO DA CITADA MOTO EM QUE A VITIMA BATEU AVADIU SE DO LOCAL SEM LHA PRESTAR NEM UM SOCORRO E POR ESTE MOTIVO TAMBEM NAO SABE QUEM E ESTA PESSOA.

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

PEDRO LUIZ SILVA
(VITIMA)

Pedro Luiz da Silva

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: 384864-7

[Assinatura]

[Assinatura]





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, 06 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200114316**

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO LUIZ 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\$ 843,75

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: **PEDRO LUIZ DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000055162-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro do ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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:

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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 (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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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:

☐ Sim☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (parâmetro)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 pedido (a cargo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019





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, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200114316

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO LUIZ 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\$ 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: PEDRO LUIZ DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000055162-8

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





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, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200114316

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO LUIZ DA SILVA

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

Pag. 00951/00952 - carta_02 - INVALIDEZ

00040476



Carta nº 15713509





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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200114316

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO LUIZ 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, 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

Carta nº 15615617



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: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000055162-8

Nr. da Autenticação 50BC96B85DDE3B4B



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: 25/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

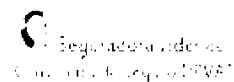
AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000055162-8

Nr. da Autenticação AA65C996DBF3C84D



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090604/20

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF: 681.957.294-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: PEDRO LUIZ DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

PEDRO LUIZ DA SILVA : 681.957.294-87

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: 12/03/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

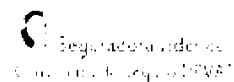
Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090604/20

Número do Sinistro: 3200114316

Vítima: PEDRO LUIZ DA SILVA

CPF: 681.957.294-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: PEDRO LUIZ DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 15/04/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

