



Número: **0022302-88.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65693614	03/08/2020 15:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SEVERINO BARBOSA 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 15690926

Pag. 00547/00548 - carta_01 - INVALIDEZ

00020274





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, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

Pag. 00751/00752 - carta_03 - INVALIDEZ

00040376



Carta nº 15691099





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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 001

Agência: 000002369-8

Conta: 000010018896-6

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

1 - 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: 094.350.444-92 4 - Nome completo da vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 094.350.444-92
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Padre José Marques 9 - Número: 19 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Orobó 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.745-000
15 - E-mail: cleyde.marques@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 81-9993-2863

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 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2369 8 CONTA: 18.896 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (assinale 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) ☐ 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 (vive nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Orobó, 16 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

37/2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
16/03/2020 - Autoatendimento - 11:46:24
155071416 0852

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

=====

FAVORECIDO	JOSÉ SEVERINO BAR SIL
AGENCIA:	2369-8
CONTA:	18.885-4
VARIACAO	51
VALOR *	2,00
NR. ENVELOPE	2.066.681.236

=====

* Acolhido em: 16/03/2020, na Agência 1650-0.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope";
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitalis e regides metropolitanas)
ou 0800-729-0146 (demais localidades).

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



Conta Poupança



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ªCIRC DINTER1/16ªDESEC**

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E0211000169

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2020** às **15:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/12/2019** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, 01 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR / AGENTE)
EDUARDO GOMES DE MOURA (OUTRO)
JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**



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

JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA BARBOSA**
Pai: **SEVERINO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **17/2/1992** Naturalidade: **OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9080377/SDS/PE (RG), 09435044492 (CPF)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA PADRE JOSÉ MARQUES DA FONSECA, 10, PRÓXIMO A GARAGEM DA PREFEITURA - CEP: 0**
- Bairro: **CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EDUARDO GOMES DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BENTA LINA DA SILVA MOURA**
Pai: **SEVERINO GOMES DE MOURA** Data de Nascimento: **19/10/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO GOMES DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN EX** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD4200** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

CONFORME A VÍTIMA, SENHOR JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA, O MESMO CONDUZIA UMA MOTOCICLETA HONDA CG 160 TITAN EX, CHASSI: 9C2KC2210GR006091, PLACA PCD 4200, ANO FAB. 2016, MOD. 2016, VINDO NO SENTIDO BOM JARDIM OROBÓ NAS IMEDIAÇÕES DA PE-88, QUANDO PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL UM CAVALO ENTROU NA PISTA, MOMENTO EM QUE A VÍTIMA NÃO CONSEGUIU DESVIAR DO ANIMAL VINDO A



José Severino Barbosa da Silva

13/03/2020

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

COLIDIR. EM DECORRÊNCIA DAS LESÕES A VITIMA FICOU INCAPACITADA PARA O TRABALHO DESDE A DATA DO ACIDENTE ATÉ A PRESENTE DATA DIA 11/03/2020. NO DIA DO FATO O SENHOR JOSÉ FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE OROBÓ PELA EQUIPE DO SAMU DO MUNICIPIO. DIANTE DESSES FATOS, VEIO A VITIMA ATÉ ESSA DELEGACIA PARA REGISTRAR O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

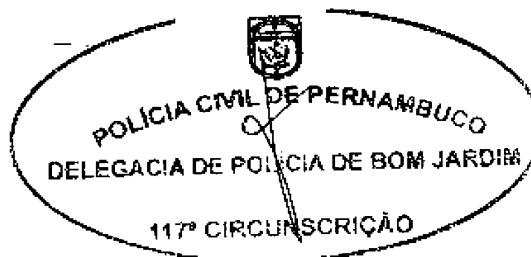
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA

(VITIMA)

José Severino Barbosa da Silva

B.O. registrado por: **JOELSON DOS SANTOS FARIAS** - Matrícula: **388035-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 094.350.444-92 4 - Nome completo da vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA 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: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 094.350.444-92
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Padre José Marques 9 - Número: 19 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Orobo 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.745-000
15 - E-mail: cleide.marques@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 81-9993-2863

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

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2369 8 CONTA: 18.896 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e 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 (assinale 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 submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo 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 - Grupo 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 (filho nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não beneficiado
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: Orobo, 16 de março de 2020
JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

3/7/2014

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02369-8

CONTA: 000010018896-6

Nr. da Autenticação FB73755195F41874





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 115 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.912/0001-04 | Fone: (81) 3002943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
DIAZ DE SOUZA MARTINS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PE. JOSÉ MARQUES 19 CO

CPF 138.251.844-10 NIS 18355334740

CONTRATANTE
CELPE
55745-000

CLASSIFICAÇÃO
BARRAGEM COM 125
Módulo 100

02/02/2020	14/03/2020	14/03/2020
14/02/2020	20/03/2020	04/03/2020

7026786244	02/2020
21/02/2020	17/03/2020
25,84	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo TUSO até 30 kWh	30,0000000	0,0925692b	2,78
Consumo TUSO superior a 30 até 100 kWh	41,0000000	0,17037719	7,00
Consumo TE até 30 kWh	30,0000000	0,09177145	2,75
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh	41,0000000	0,15723084	6,44
Acrescimo Sanitário AMARELA			0,74
Conta Item Público Municipal			6,88
Compensação FIE Anual 2019			-3,40

TOTAL DA FATURA

25,84

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Faturação	Anterior	Atual	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
13702497	(A)	17/01/2020	14/01/2020	17/02	1,00000		21,00

FLUXO DE CUSTOS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Detalhamento	%	VALOR DO IMPORTE
FLUXO 20				Detalhamento	10,00	2,58
FLUXO 09				Detalhamento	10,00	2,58
DECE 09				Detalhamento	10,00	2,58
NOV 19				Detalhamento	10,00	2,58
OUT 19				Detalhamento	10,00	2,58
SET 19				Detalhamento	10,00	2,58
AUG 19				Detalhamento	10,00	2,58
JUL 19				Detalhamento	10,00	2,58
JUN 19				Detalhamento	10,00	2,58
MAY 19				Detalhamento	10,00	2,58
APR 19				Detalhamento	10,00	2,58
MAR 19				Detalhamento	10,00	2,58
FEB 19				Detalhamento	10,00	2,58

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	0,19	1,91	17,00	75,04			
CONSUMO	1,00	3,00	8,11	19,45			
CONSUMO	0,15	1,45	0,76	0,30			
CONSUMO	12,22	12,22					



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOSE Severino Barbosa da Silva

RG nº 9.050.377, data de expedição 18/08/2010, Órgão SDS/PE

CPF nº 074.350.444-92, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua PE José Marques</u>
Número	<u>19</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Orobo</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-9.9993-2863</u>
E-mail	<u>cleide.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Orobo, 30 de janeiro de 2020.

Assinatura do Declarante: JOSE Severino Barbosa da Silva





PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

05/08/2020

15:12

IDENTIFICAÇÃO	MÉDICO REGULADOR <i>Dr. Alcione</i>			TARMI -		OPERADOR DE FROTA <i>Glessica</i>	
	DATA <i>02/07/19</i>	HORA <i>22:20</i>	ID -	Nº OCORRÊNCIA <i>5712591</i>	UNIDADE MÓVEL <i>21.5 B</i>	BASE DA UNIDADE <i>Samu Orobo</i>	
	ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA <i>PE-58</i>					Nº <i>S/N</i>	
	BAIRRO <i>Centro</i>			MUNICÍPIO <i>Orobo</i>			
	PONTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo a oficina de Renaldo</i>						
	NOME DA VÍTIMA <i>Yvese Severino Barbosa de Silva</i>					IDADE <i>29</i>	SEXO <i>M</i> F
	SOLICITANTE/FONE <i>Fátima</i>					CARTÃO DE SAÚDE - SUS	
QUEIXA <i>Dor em U.S</i>							
Comunicação	Sat. de base <i>22:21</i>	Chegada no local <i>22:24</i>	Sat. de local <i>22:29</i>	Sat. no destino <i>22:30</i>	Sat. no destino <i>22:30</i>	Sat. no destino <i>22:30</i>	Sat. no destino <i>22:30</i>

☐ Orientação ☒ Transiente ☐ Transiente ☐ Concomitante ☐ Concomitante ☐ Local não encontrado ☐ Concomitante

Transtornos (seus)

Tipo de lesão:

- ☒ Acidente Trânsito *motocicleta*
☐ Podostro
☐ Condução do veículo
☐ Passagem do veículo
☐ Agredido
☐ Clínic
☐ Desconhecido/Desconhecido

- ☐ Eletrocussão
☐ FAF
☐ PAF
☐ Queda-equívoco
☐ Queda térmica
☐ Poluição
☐ Poluição
☐ Queda Afogamento

- ☐ Queda
☐ Queda
☐ Queda
☐ Queda
☐ Queda
☐ Queda
☐ Queda

Antecedentes:

- ☐ AIDS
☐ Alcoolismo
☐ Alergia
☐ AVC
☐ Cirurgias Realizadas

- ☐ Condição
☐ Doença
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença Infecção contagiosa
☐ Doença Crônica
☐ Doença Renal

- ☐ Doença
☐ Doença
☐ Doença
☐ Doença
☐ Doença
☐ Doença
☐ Doença

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas
☐ Agitação/agitação
☐ Alergia
☐ Sintomas de pele
☐ Outros

- ☐ Condição
☐ Doença
☐ Doença
☐ Doença
☐ Doença
☐ Doença
☐ Doença

- ☐ Pelos
☐ Sengramento
☐ Venite
☐ Outros

Unidade dos Sintomas: ☐ Classificação de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Entre 4 horas ☐ Entre 24 horas ☐ Não assis

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulse	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O2 %	Escala de Glasgow
Início <i>22:25</i>	<i>120x80</i>	<i>102</i>	<i>160</i>	<i>36,5C</i>	<i>106</i>	<i>99</i>	<i>15</i>
Fim <i>22:00</i>	<i>120x80</i>	<i>102</i>	<i>160</i>	<i>36,5C</i>	<i>106</i>	<i>99</i>	<i>15</i>

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- ☐ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema da Glote
☐ QGS

Respiração Ventilatória:

- ☐ Espontânea
☐ Prática Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo Irregular

Apneia:

- ☐ Normal
☐ Roncos/biblos
☐ Estertores
☐ Diminuição RVV
☐ Ausência RVV

Expiração:

- ☐ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

Achados ☐ Captação ☐ Pré-forma Subcutânea ☐ Expiração mucositaspiratória ☐ Hemoptise ☐ Hálito Editeo ☐ Outros

CIRCULAÇÃO

- ☐ Peto ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Quente ☐ Normal ☐ Peludo ☐ Quente ☐ Seco ☐ Outros
☐ Ecema ☐ Aumento ☐ Palpável ☐ Infartação ☐ Anestesia
☐ Perfusão ☐ Normal ☐ Retardado ☐ Aumento
☐ Pulso ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chato ☐ Ausente
☐ Ausculta ☐ Normal ☐ Murmúrios ☐ Ausculta cardíaca ☐ Anóxico ☐ Sopra
☐ Edema ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Edema realçado



OBSERVAÇÕES

* Paciente apresenta
ta esmagamento
no quarto dedo
em MSE na fa-
lange distal.

☐ Parasitoida
☐ Analiya
☒ Pupila reagenta
☐ Pupila nio reagenta
☐ outpus

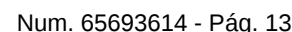
☐ Anúria
☒ Glomerulonefrite
☐ Nefrose Esquema
☐ Hematúria
☐ Outros:

- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Sonda Vesical
- ☒ Sonda
- ☐ Imobilização Membros
- ☐ Coto Cervical
- ☐ Tapa/Troço
- ☐ Enucleação Otorrinol
- ☐ Traqueostomia
- ☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
- ☐ Outros

Dr. Antonio L. Harrison
Assistente Social do medico
(JURAMENTO DE CASTIGO)
HORA:

EQUIPE:			
Médico Regulador	Médico de viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<i>Dr. de Sá</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>Edivaldo</i>

Abstract





CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ

Hospital Severino Távora

Uma Nova História

Parceria: Prefeitura Municipal de Orobó



Data: 05/12/2019	Hora: 22:34	Registro: 525061
Nome: José Severino Borbora da Silva		
Data de Nascimento: 12/02/1992	Idade: 27 anos	
Endereço: R. Padre José Marques	Referência:	
Responsável: O mesmo		
Endereço do Responsável: Orobó		
Cartão Nacional do SUS:		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

Local da Ocorrência:	
Tipo de Ocorrência:	
() Acidente de Trânsito () Agressão () Suicídio () Acidente de Trabalho () Outros	

Sinais Vitais			
PA:	FC:	TEMP:	FR:

Queixas: Paciente vítima de acidente de moto, deu entrada nesse serviço, no dia 05/12/2019, apresentando ferimento em IV Quiróscito de M5 @

Exame físico: Se observava ferida exposta IV Quiróscito M5 @ S/ TCE Hemodinamicamente estável

Hipótese diagnóstica: Fratura exposta IV Quiróscito M5 @

Procedimentos: - Limpeza + ASSEPSIS e - IMOBILIZAÇÃO e - PAINELIZADA + ROCKETM 2g + AD 100mg e - CETOPIRACENO 100mg + 100mg SF e - AVOLINGO P/ trombolise

Natal Albuquerque
COREN - 1040.296
Técnica em Enfermagem

Dr. Antonio Henrique
Médico
CRM-PE 25717



[Illegible content due to heavy noise and scanning artifacts]



ROBERTO MATEUS

Centro de Diagnóstico

Aô-Seguro DPVAT

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. **JOSÉ SEVERINÔ BARBOSA DA SILVA**, 27 anos, trabalhador rural, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 05 de dezembro de 2019 que resultou em fratura dialisária da ulna esquerda e amputação traumática da falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo.

Foi submetido à regularização de coto de amputação em falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo e tratamento conservador da fratura da ulna esquerda.

Sem mais para o momento, renovamos a nossa expressão da mais elevada consideração e apreço, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CRM: 11695 / PE

Surubim, 7 de janeiro de 2020

12:35:40

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Fones: 3634 1390 / 3634 1715
Cabaceira | Surubim - PE



1. Anamnese (06/12/2019) - Idade: 27 anos e 9 meses e 18 dias
Anamnese Completa

Q.D. - H.M.A.:

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:

VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO OCORRIDO HÁ DIA QUE RESULTOU EM
-AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 4º QD ESQ.
-FRATURA DA DIÁFISE DA ULNA ESQUERDA COM DESVIO MÍNIMO;
CD CURATIVO + TALA AXILO-PALMAR.
MAXSULID 400 mg.

2. Retorno (20/12/2019) - Idade: 27 anos e 10 meses e 3 dias
Retorno

Queixa Atual:

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLOGICA;
RETIRADA IMOBILIZAÇÃO GESSADA.
MELHORA DA DOR E EDEMA, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES
RX FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;
CD GESSO AXILO-PALMAR. VOLTAR COM 15 DIAS.

Exame Físico Geral			
Estatura(cm)	160,000	Peso(Kg)	55,000
	Desejável	51,20-64,00 kg	
	I.M.C. =	21,48 kg/m ²	Peso normal
Pressão Arterial			
Exame Físico RCQ			
Abdômen (cm)	0,000		
Cintura (cm)	0,00		
Quadril (cm)	0,000	RCQ:	N/A

3. Anamnese (07/01/2020) - Idade: 27 anos e 10 meses e 19 dias
Anamnese Completa

Q.D. - H.M.A.:

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:

Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
IRM 14697

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br



Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO



Atesto para os devidos fins previdenciários que o Sr. **JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**, 27 anos, trabalhador rural, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 05 de dezembro de 2019 que resultou em fratura diafisária da ulna esquerda e amputação traumática da falange distal do 4º quírodáctilo esquerdo.

Foi submetido à regularização de coto de amputação em falange distal do 4º quírodáctilo esquerdo e tratamento conservador da fratura da ulna esquerda.

Encontra-se impossibilitado de realizar atividades que exijam repetidos movimentos de carregamento e levantamento de grandes pesos, sob o risco de agravamento do quadro clínico acima exposto.

Há restrição de suas atividades laborativas, redução da capacidade do trabalho e comprometimento de sua qualidade de vida.

Encontra-se incapacitado de realizar suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia médica do INSS.

CID 10: S 52.2; S 68.8

4. Retorno (07/02/2020) - Idade: 27 anos e 11 meses e 19 dias
Retorno

Queixa Atual:

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA.
RETIRADA IMOBILIZAÇÃO GESSADA.
MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES.
RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO.
CD: SOLICITO FISIOTERAPIA.

5. Anamnese (13/03/2020) - Idade: 28 anos e 25 dias
Anamnese Completa

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:



Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br



VOLTA PRA REVISÃO.

APRESENTA-SE CLINICAMENTE BEM, COM REDUÇÃO DA DOR E EDEMA E MELHORIA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DO COTOVELO E PUNHO ESQUERDO

O EXAME RADIOLOGICO EVIDENCIA FRATURA EM FASE FINAL DE CONSOLIDAÇÃO:

CD: MANTER FISIOTERAPIA. ALTA DA ORTOPEDIA

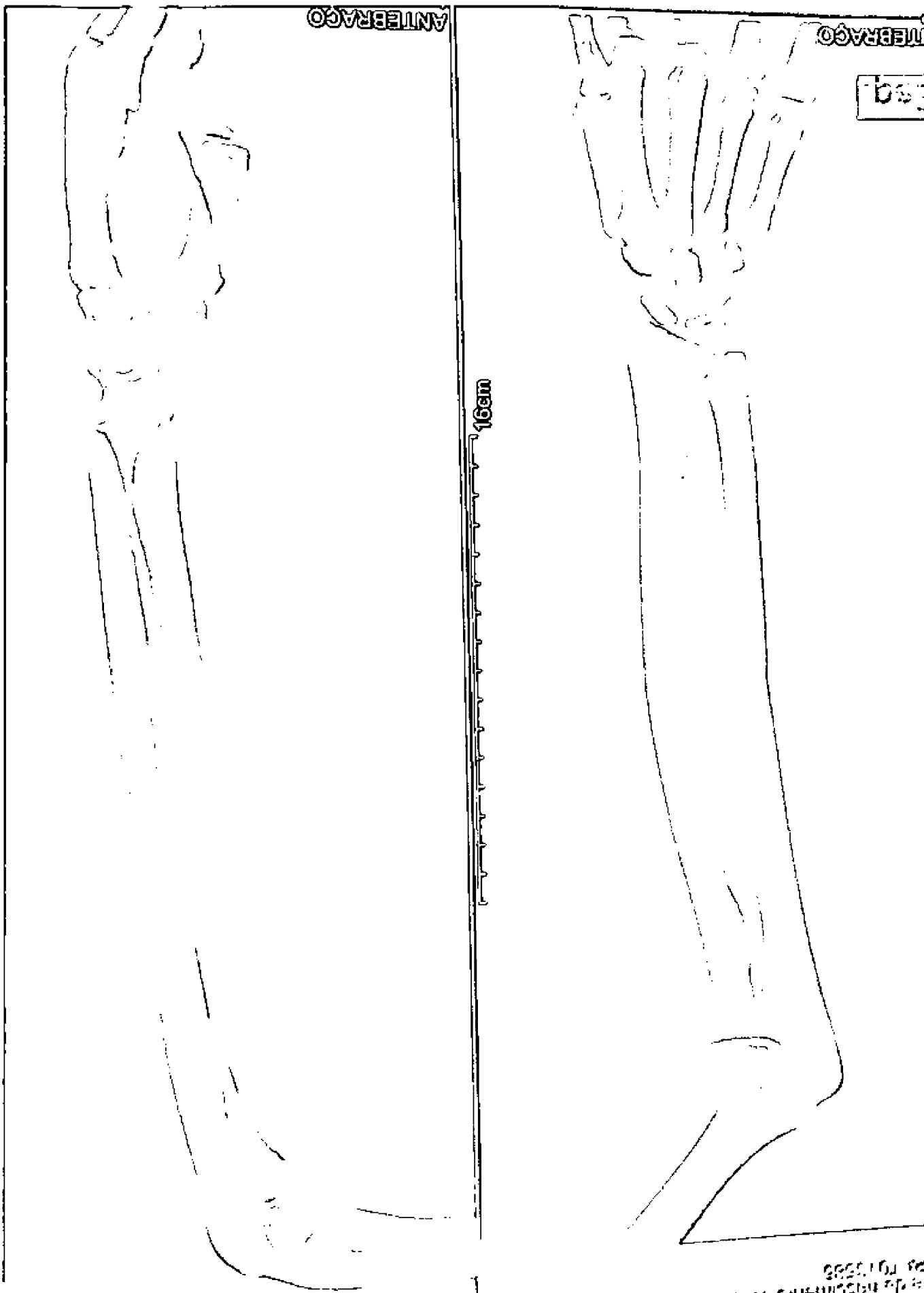


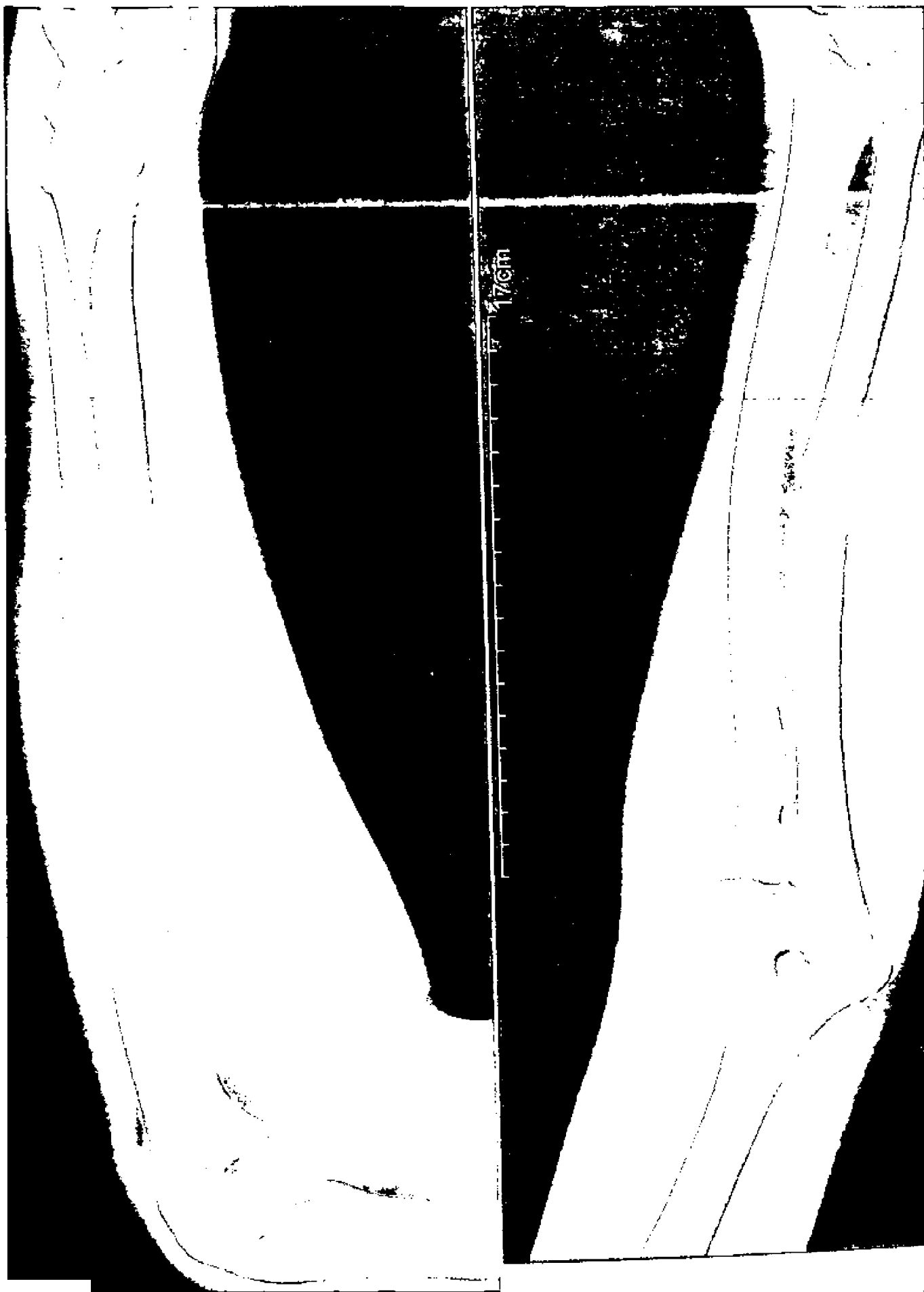
IRM
INSTITUTO ROBERTO MATEUS

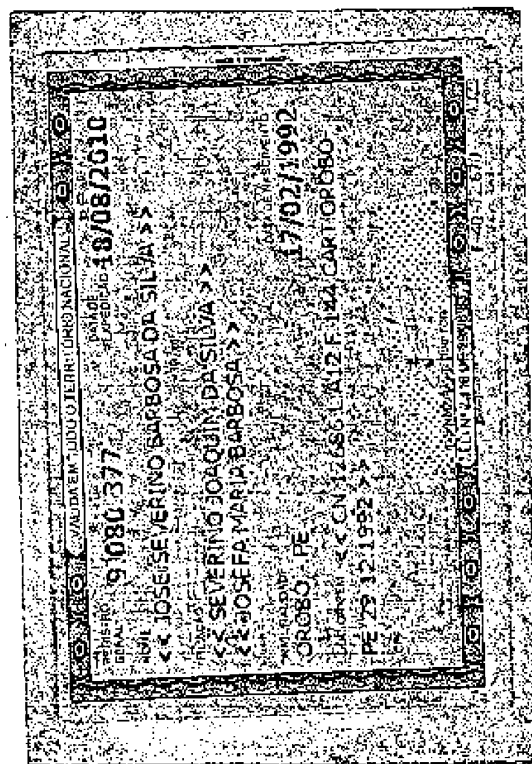
ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 14627

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br













IMPRESSÃO FOTOGRAFICA DO TITULAR

EDUARDO GOMES DE MOURA

SOC. IDENTIDADE / DATA EMISSÃO / UF

6251220/888 PE

CPF

039.270/664-67

DATA NASCIMENTO

19/10/1961

FILIAÇÃO

SEVERINO GOMES DE MOURA

AV.

URBETA LIMA DA SILVA MD

UBA

ESTADO

PERNAMBUCO

DATA EMISSÃO

04/01/2018

VALIDADEZ

20/12/1999

REGISTRO

01007101381

Observações

Eduardo Gomes de Moura

LOCAL

LYNORZAO PE

DATA EMISSÃO

05/01/2018

51014400442

PERNAMBUCO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eduardo Gomes de Moura,

RG nº 6.291.220, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 039.270.064-67, com

domicílio na cidade de Orobo, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Sizenando Aguiar, nº 113,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima José Severino Barbosa da Silva cujo o condutor era

José Severino Barbosa da Silva

Veículo: motocicleta Honda CG 160 TITAN EX

Modelo: 2016

Ano: 2016

Placa: PCD-4200

Chassi: 9C2KC2210GR006091

Data do Acidente: 05/12/2019.

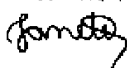
Local e Data: Orobo, 31 de janeiro de 2020.


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBO-PE
Rua P. Costa Nunes nº 100 - Jd. Santa Cruz - Orobo-PE CEP: 55740-000
Fone: (51) 3350-1100 - E-mail: orobope@pe.def.br

Reconheço, POR AUTENTICIDADE
a(s) firma(s) de 11) EDUARDO GOMES DE
MOURA Orobo-PE 31/01/2020 JANETE CARIA
DA SILVA SOARES-ASSISTENTE 100000
Cartório R\$ 3,71 - TSMR R\$ 0,82
FERC R\$ 0,41 - FERM R\$ 0,04 -
FUNSEG R\$ 0,08 - Total R\$ 5,06
Selo(s) 0377602 QVH01202001 01707




Consulte a autenticidade em: www.spn.pe/validar





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: José Severino Barbosa da Silva
Data do Acidente: 05/12/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 094.350.444-92

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4070-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (material e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Condicionação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): José Severino Barbosa da Silva
CPF do portador: 094.350.444-92
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal
E-mail: clayde.marques@lider.com.br Tel: 081 9 9993-2863
Data: 16/03/2020 Assinatura: Xélio Silveiro Barbosa da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): PC BOM JARDIM
Atendente: JOSY ELAINE DE AGUIAR Matrícula: 85081787
Data: 17/03/20 Assinatura: [Assinatura]



O Seguro do Acidente de Trânsito



20/03/20



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
RUA SENADOR DANTAS, 74 - 15º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ
20031-205

ATENDIMENTO



TELEFONE / Phone Number	
UF / State	PAIS / Country
RJ	BRAZIL





O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:
4020-1596 (regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.
0800-022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.
SAC: 0800-022 8189 24 horas por dia

@dpvat_oficial DPVAToficial DPVAToficial seguradoralider.dpvat
Blog: www.viverseguronotransito.com.br

SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



REGISTRO DE ASSINATURA		TELEFONE / Phone Number	
JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA		081-99993-2858	
ENDEREÇO / Address		CIDADE / City	
RUA PADRE JOSE MARQUES, 115 19		PE BRASIL	
CEP / Zip		UF / State	
515745-000		PE	

RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

DEVOLUÇÃO (Return)		(Grátis)	
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALCADO (Overseas)		
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)		
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)		
☐ NÃO PROCURADO (Untraced)	☐ OUTROS (Other)		
☐ AUSINTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		1ª 2ª 3ª 4ª 5ª	
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)			
☐ Reintegrado ao serviço postal em (Reintegrated to service post)			
Data / /		Responsável /	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141449

Cidade: Orobó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA Data do acidente: 05/12/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA;
FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E SUTURA) DEMAIS LESÕES TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3,8

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141449

Cidade: Orobó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA Data do acidente: 05/12/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA;
FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E SUTURA) DEMAIS LESÕES TRATAMENTO
CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3,8

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Documentos
complementares:

Observações:

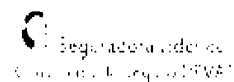
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110330/20
Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA
CPF: 094.350.444-92
CPF de: Próprio
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
Data do acidente: 05/12/2019
Titular do CPF: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA : 094.350.444-92

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: 07/04/2020
Nome: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA
CPF: 094.350.444-92

Responsável pelo cadastramento na seguradora

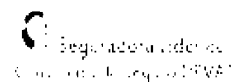
Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: IVERSON DA FONSECA MAIA
CPF: 101.299.057-55

JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

IVERSON DA FONSECA MAIA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110330/20

Número do Sinistro: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

CPF: 094.350.444-92

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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.

