

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

---

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200028368**

**Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 24/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA**

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

<b>Comprovação de registro de acidente declarado</b>	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necrópsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200028368**

**Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 24/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA**

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

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200028368**

**Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 24/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200028368**

**Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 24/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028368**      **Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 24/07/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA**

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 tornozelo 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: JOSE CICERO DE SOUZA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000914**

**Conta: 000984098985-0**

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

844.228.824-49

4 - Nome completo da vítima:

Jose Ciceno de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUÍTO SUSPENSO N° 445/2012

5 - Nome completo:

Jose Ciceno de Souza

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. João Romão Filho

11 - Bairro:

Bom Jesus

12 - Cidade:

Senna Talhada

15 - E-mail:

6 - CPF:

844.228.824-49

9 - Número:

296

10 - Complemento:

casa

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56906-345

15 - Tel.(DDO):

(87) 99634-4907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ (COTA CUSTA R\$ 10,00)

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF 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\$7.501,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Incluir os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 094

CONTA: 984098985

AGÊNCIA: [redacted]

CONTA: [redacted]

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (sem bônus) de R\$ 1.000,00 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 PÉRMANENTE

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

- Não há IML que atende 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 no documento que me apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, conforme aprovado pela Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrente de acidente de trânsito envolvendo automóvel, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou ressarcimento direto ou indireto, de que o discente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Juridicamente

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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

maiscula (filhosas)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aquele beneficiário que se enquadre em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ao clube, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Nunia Alice da Silva Muniz

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

007.468.214-84

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

*x matia alvarelos*

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

38 - 1º | Nome: José Francisco Alves Cavalcante  
CPF: 031.041.284-64

+ José Francisco A. Cavalcante

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Jessica Cavalcante da Silva  
CPF: 121.040.344-77

+ Jessica Cavalcante da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Senna Talhada 06.01.2020

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

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

Número do Sinistro: 3200028368  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Cicero de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Romao Filho, S/N  
Alto Bom Jesus Serra Talhada PE CEP: 56906-345  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 10169291  
Data local do acidente: [ 24/07/2017 ]  
Data local do exame: [ 11/02/2020 ] 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 DE OSSOS DA Perna DIREITA**

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

**Tratamento: FIXADOR EXTERNO**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

**Data da Alta: 20/12/2018**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFÍCIT DE MOBILIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.**

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

Sim  Não

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

Sim  Não

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.**

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(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):

**TORNOZELO - Lado Direito**

% 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

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.

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



Dr. Glencio A. Silva  
CRM: 15.122  
Ortopedia-Traumatolog  
Hospital São Francisco



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRC  
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0267005115**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019** às **11:17**

Completa o BO Número: **19E0267005114**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **24/7/2017** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**  
Fato ocorrido no endereço: **BR232 - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:  
**MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, APÓS O DISTRITO DE BOM NOME - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**  
**JOSE CICERO DE SOUZA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOSE CICERO DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mão: **IRENA MARIA DE SOUZA** Pai: **CICERO FERNANDO DE SOUZA** Data de Nascimento: **1/4/1963** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10169291/SDS/PE (RG), 84422882449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)** Telefones Celulares: **- 08798056907**

Residencial: **TRAVESSA 7, Nº 1269, BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:  
**MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1269 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

## Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO COMUNICANDO QUE NO DIA 24 DE JULHO DE 2019, SEGUIA A PÉ PELA RODOVIA BR-232, INDO DA CIDADE DE SÃO JOSE DO BELMONTE PARA O DISTRITO DE BOM NOME; QUE ANTES DE CHEGAR AO DISTRITO FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA E ARREMESSADO PARA FORA DA RODOVIA; QUE NÃO CONHECE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE UMA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE VINHA PASSANDO PELO LOCAL E O SOCORREU AO HOSPM; QUE NO HOSPM FOI ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE ANTONIO DA SILVA, CONFORME PROTOÓRIO 170; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE SOFREU FRATURA NOS DOIS MEMBROS INFERIORES E TEVE QUE SER SUBMETIDO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. BOE COMPLEMENTADO PARA RETIFICAR A DATA DO ACIDENTE. NADA MAIS, ENCERRO.**

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

**JOSE CICERO DE SOUZA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **Bruna Renaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0267005114**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019 às 10:59**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **24/7/2019** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **BR232 - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:

**MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, APÓS O DISTRITO DE BOM NOME - Bairro:**

**CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**

**JOSE CICERO DE SOUZA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOSE CICERO DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mão: **IRENA MARIA DE SOUZA** Pai: **CICERO FERNANDO DE SOUZA** Data de Nascimento: **1/4/1963** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10169291/SDS/PE (RG), 84422882449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)** Telefones Celulares: **- 08798056907**

Residencial: **TRÂVESSA 7, Nº 1269, BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1269 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO COMUNICANDO QUE NO DIA 24 DE JULHO DE 2019, SEGUIA A PÉ PELA RODOVIA BR-232, INDO DA CIDADE DE SÃO JOSE DO BELMONTE PARA O DISTRITO DE BOM NOME; QUE ANTES DE CHEGAR AO DISTRITO FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA E ARREMESSADO PARA FORA DA RODOVIA; QUE NÃO CONHECE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE UMA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE VINHA PASSANDO PELO LOCAL E O SOCORREU AO HOSPAM; QUE NO HOSPAM FOI ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE ANTONIO DA SILVA, CONFORME PROTOUÁRIO 170; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE SOFREU FRATURA NOS DOIS MEMBROS INFERIORES E TEVE QUE SER SUBMETIDO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS, ENCERRO.

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

---

**JOSE CICERO DE SOUZA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267000264**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/01/2020** às **09:34**

Completa o BO Número: **19E0267005115**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **24/7/2017** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **BR232 - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:

**MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, APÓS O DISTRITO DE BOM NOME - Bairro:**

**CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**  
**JOSE CICERO DE SOUZA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOSE CICERO DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRENA MARIA DE SOUZA** Pai: **CICERO FERNANDO DE SOUZA** Data de Nascimento: **1/4/1963** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10169291/SDS/PE (RG)**, **84422882449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)** Telefones Celulares: **- 08798056907**

Residencial: **TRAVESSA 7, Nº 1269, BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1269 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

## Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO COMUNICANDO QUE NO DIA 24 DE JULHO DE 2017, SEGUIA A PÉ PELA RODOVIA BR-232, INDO DA CIDADE DE SÃO JOSE DO BELMONTE PARA O DISTRITO DE BOM NOME; QUE ANTES DE CHEGAR AO DISTRITO FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA E ARREMESSADO PARA FORA DA RODOVIA; QUE NÃO CONHECE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE UMA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE VINHA PASSANDO PELO LOCAL E O SOCORREU AO HOSPM; QUE NO HOSPM FOI ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE ANTONIO DA SILVA, CONFORME PROTÓTÍPIO 170; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE SOFREU FRATURA NOS DOIS MEMBROS INFERIORES E TEVE QUE SER SUBMETIDO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. BOE COMPLEMENTADO PARA RETIFICAR A DATA DO ACIDENTE. NADA MAIS, ENCERRO.**

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

**JOSE CICERO DE SOUZA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

844.228.824-49

4 - Nome completo da vítima:

Jose Ciceno de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUÍTO SUSPENSO N° 445/2012

5 - Nome completo:

Jose Ciceno de Souza

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. João Romão Filho

11 - Bairro:

Bom Jesus

12 - Cidade:

Senna Talhada

15 - E-mail:

6 - CPF:

844.228.824-49

9 - Número:

296

10 - Complemento:

casa

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56906-345

15 - Tel.(DDO):

(87) 99634-4907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ (COTA CUSTA R\$ 10,00)

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF 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\$7.501,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Inclui os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 094

CONTA: 984098985

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (cem bônus) de R\$ 10,00 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 PÉRMANENTE

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

- Não há IML que atende 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 no devido direito de indenização apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, conforme a Portaria nº 100, de 10 de outubro de 2008, da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrente de acidente de trânsito, de automóvel, de moto ou de bicicleta, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou ressarcimento direito de indenização, de que discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Juridicamente

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?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou pais/mais/mães?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aquele beneficiário que se enquadre em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ao valor da indenização de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Nunia Alice da Silva Muniz

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

007.468.214-84

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

*x matia albertos*

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

38 - 1º | Nome: José Francisco Alves Cavalcante

CPF: 031.041.284-64

+ José Francisco A. Cavalcante

Assinatura da testemunha

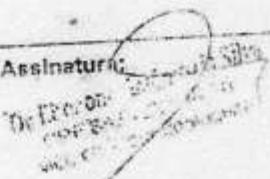
39 - 2º | Nome: Jessica Cavalcante da Silva

CPF: 121.040.344-77

+ Jessica Cavalcante da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Senna Talhada 06.01.2020

BOLETIM DE EMERGÊNCIA				Nº: 370
Data: 04.07.17	Hora: 23:20			
Nome: Irene Cecília de Souza		Estado Civil:		
Nascimento: 01.04.63		Sexo: M		
Escolaridade:	Profissão:			
Mãe: Irene Maria de Souza	Responsável: Flávia C. F. C. Enfermeira			
Endereço: Travessa Dionisio Alves de Carvalho				
Bairro: Centro	Município: São Bernardo	RG/CPF: 41098	Fone:	
Cartão SUS:				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:				
Fruz com 14 dias de febre				
Tratamento: Rx cym 2				
Hipótese Diagnóstica:			Carimbo e Assinatura:	
Febre de 14 dias				
Nome do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Exame

# HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

## Relatório de Operação

Nome do Paciente	Jocá Cezar da Silva		Número do Registro
Clinica			Número do Leito
Operador	Eduardo		
1º Assistente			2º Assistente
Instrumentador			Anestesista
Anestesia	Lidocaina		Duração
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura do braço.		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Operação Proposta			
Operação Realizada	Fractura do braço da reabilitação.		

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Abertura
- ② Descolagem
- ③ Redemoinho (fim) de fratura com agulha
- ④ Descolamento

Dr. Eduardo Antônio da Silva  
CRM-PE: 20.544-26  
Médico Traumatologista

# 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: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JOSE CICERO DE SOUZA

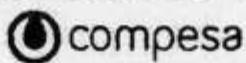
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000984098985-0

---

Nr. da Autenticação 673A3F2C4A0B6855



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA HANDEL PEREIRA DA SILVA - NUM. - 9083. - NO  
SSA SRA DA PENHA, SERPA, TALHADA PE-56103-491

**DADOS DO CLIENTE**

Maxima 23615440 Dez/2019

HELENO ALVES DA SILVA  
R JOAO ROMAO FILHO, N. 00296 - BOM JESUS SERRA TALHADA PE 5690  
6-345  
INSCRICAO: 139 841 188 0010 090 GRUPO: 7 DE 3 AUTOMATICO: 023616430

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	INDUSTRIAL E ECONÔMICAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y101302115	DATA LEIT. ANTERIOR 19/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD	

AQUA:

LEIT ANT: 1119 CONSUMO:5  
LEIT ATU: TAXA MINIMA  
LEIT FAT: 1129

## HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMID

REFERENCIA CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE ANALISIS			
		EXIG.	PORT.	ANALISES REALIZ.	AT. NLE.
11/2019	05	MS 2.314/11	70	70	70
10/2019	06	TURBIDEZ	70	70	69
09/2019	06	COR. APARENTE	70	70	70
08/2019	06	CLORO RESIDUAL	70	70	70
07/2019	01	COLIF. TOTAIS	70	70	70
06/2019	06	E. COLI	70	70	70

MEDIA: 85

OBS: (1) COFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES SANITARIAS DA AGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TLRBIDE SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

#### DESCRIPTION

A-23A  
RÉSIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE 150W

INDIA DUTCHMENTAL TRADE 11/2019

**CONSUMO TOTAL (M\$)**

A/2/A  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

AMERICAN COMMERCIAL TRADE 11/2019 99

TRIBUTOS	BASE DO CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSO
PIB	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,69	3,35

15/01/2020

ISBN 1-880652-44-9 \$14.98

ESTAMOS COMBINANDO TECNOLOGIAS AVANZADAS

VENCIMENTO: 15/01/2020

compesa

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744-25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Cícero de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.228.824-49,

do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel de da Vítima José Cícero de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.228.824-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: Recepcionista Renda: Recepcionista e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

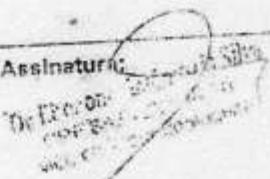
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Rua Francisco Olavo</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>Cobertura</u>
Bairro:	<u>IPSEP</u>	Cidade:	<u>Serra Talhada</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>CLP 56912-180</u>				

Local e Data: Serra Talhada 06.01.2020

Assinatura do Declarante

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

BOLETIM DE EMERGÊNCIA				Nº: 370
Data: 04.07.17	Hora: 23:20			
Nome: Irene Cecília de Souza		Estado Civil:		
Nascimento: 01.04.63		Sexo: M		
Escolaridade:	Profissão:			
Mãe: Irene Maria de Souza	Responsável: Flávia C. F. C. Enfermeira			
Endereço: Travessa Dionisio Alves de Carvalho				
Bairro: Centro	Município: São Bernardo	RG/CPF: 41098	Fone:	
Cartão SUS:				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:				
Fmz com 14 dias de febre				
Tratamento: Rx cym				
Hipótese Diagnóstica:			Carimbo e Assinatura:	
Febre de Rx				
Nome do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Exame

# HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

## Relatório de Operação

Nome do Paciente	Jocá Cezar da Silva		Número do Registro
Clinica			Número do Leito
Operador	Eduardo		
1º Assistente			2º Assistente
Instrumentador			Anestesista
Anestesia	Lidocaina		Duração
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura do braço.		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Operação Proposta			
Operação Realizada	Fractura do braço da reabilitação.		

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Abertura
- ② Descolagem
- ③ Redemoinho (fim) de fratura com agulha
- ④ Descolamento

Dr. Eduardo Antônio da Silva  
CRM-PE: 20.544-26  
Médico Traumatologista



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
SERIAL 10.169.291 DATA DE  
EXPIRAÇÃO 26/05/2015

NO ME

«« JOSÉ CICERO DE SOUZA »»

FILIAÇÃO

«« CÍCERO FERNANDO DE SOUZA »»

«« IRENA MARIA DE SOUZA »»

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

SERRA TALHADA - PE 01/04/1963

DOC. ORIGEM << 0747160155 1976 1 00052 129

0000770 98 SERRA TALHADA, PE >>

CPF

844.228.824-49 Ana Pern. 11 C. G. Alcôc. 100  
Delegacia da Polícia - Cereira (PE).

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/04/1983

715040060106083148.6365044 F-06.39.079 - 4.771



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

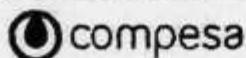
Eu, Mania Alice da Silva Nunes,  
RG nº 5.339.547 data de expedição 11/01/2009 Órgão SOS-PE,  
CPF nº 007.468.214-86, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome  
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. João Romão Filho</u>
Número	<u>296</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Bom Jesus</u>
Cidade	<u>Senna Talhada</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56906-345</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Lugar e Data: Senna Talhada 16.01.2020

Assinatura do Declarante: Mania Alice da Silva Nunes



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.0000014398-2

ATENDIMENTO: RIR. MANOEL PEREIRA DA SILVA - FNUH. - 90832-40  
SSA SRA. DA PENHA, SERIA, TALHADA, PE-56102-491

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 23616440	DATA: 2019/01/23
HELENO ALVES DA SILVA R. JOÃO ROMÃO FILHO, N. 00296 - BOM JESUS - SERRA TALHADA PE 5690 6-345			
INSCRIÇÃO: 139.841.188.0010.090 GRUPO: 7 DE 3. AUTOMÁTICO: 023616440			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO: Y10X302115	DATA LEIT. ANTERIOR 29/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) MEDIA HD

-AQUA-

LEIT ANY: 1119 CONSUMO:5  
LEIT ATU: TAXA MINIMA  
LEIT FAT: 1129

## HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUNO

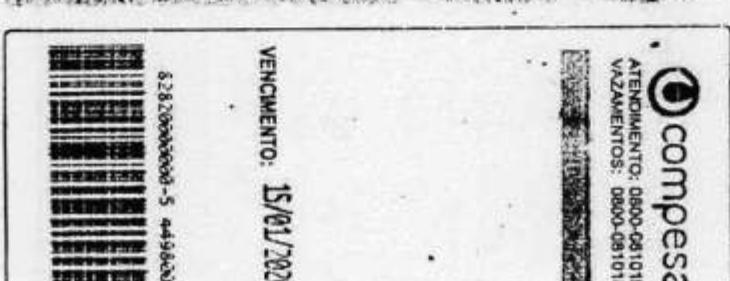
REFERENCIA CONSUND	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS			
		EXIG.	PORT.	ANALISES	AT. INCL.
11/2019	05	MS 2.314/11	70	70	70
10/2019	06	TURBIDEZ	70	70	69
09/2019	06	COR. APARENTE	70	70	70
08/2019	06	CLORO RESIDUAL	70	70	70
07/2019	01	COLIF. TOTAIS	70	70	70
06/2019	06	E. COLI	70	70	70

MEDIA: 85 Qualidade de Água: [www.ccpesq.cem.br](http://www.ccpesq.cem.br)  
OBS.: (1) COFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS		
ÁGUA		
RÉSIDENTIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	113	44,03
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		0,96

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,65	3,35

VENCIMENTO: 15/01/2020 TOTAL A PAGAR: 44.98









# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200028368      **Cidade:** São José do Belmonte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CICERO DE SOUZA      **Data do acidente:** 24/07/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA CONSOLIDADA COM DESVIO, APRESENTA MARCHA DIFICULDADE

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200028368      **Cidade:** São José do Belmonte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CICERO DE SOUZA      **Data do acidente:** 24/07/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 06/02/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURAS NOS OSSOS DA Perna.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

NÃO INFORMA LATERALIDADE.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200028368** 3 - CPF da vítima: **844.228.824-49** 4 - Nome completo da vítima: **Jose Ciceno de Souza**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP - Nº 461/2012

5 - Nome completo: **Jose Ciceno de Souza** 6 - CPF: **844.228.824-49**  
 7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **R. João Romão Filho** 9 - Número: **596** 10 - Complemento: **casa**  
 11 - Bairro: **Bom Jesus** 12 - Cidade: **Serra Talhada** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56906-345**  
 15 - E-mail: **(87) 99634-4907**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
 18 - CPF do Representante Legal:  
 19 - Profissão do Representante Legal:  
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.101,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0914** CONTA: **984098985** (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 e/ou combolho 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 cobertura da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 no documento de indenização apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica preventiva, caso necessário, em ato de verificação da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrente de acidente de trânsito envolvendo veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica em relação ao direito de indenização, podendo discordar do seu conteúdo.

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

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

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

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (várias)?  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais:  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT aos moradores beneficiários que se enquadrem em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verídica a posteriori poderá gerar a obrigação de ressarcir a vítima referidas, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

**Nunia Alice da Silva Muniz**

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

**007.468.214-84**

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

**Nunia Alice da Silva**

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

38 - 1º | Nome: **Jose Francisco Alves Cavalcante**  
 CPF: **031.041.284-64**

+ **Jose Francisco A. Cavalcante**

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **Jessica Cavalcante da Silva**  
 CPF: **121.070.344-77**

+ **Jessica Cavalcante da Silva**

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Serra Talhada 20.02.2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**Rosana de Melo  
 Sihla Souza Cavalcante**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do procurador (se houver)

# Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante JOSE CICERO DE SOUZA, portador(a) do documento de identidade nº 10.169.291 expedido por SDS-PE, em 26/05/2015, inscrito no CPF sob o nº 844.228.824-49, residente na R. JOÃO ROMÃO FILHO, nº 296, complemento Casa, Bairro: BOM JESUS, cidade SERRA TALHADA, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

Portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em 29 / 05 / 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na Rua Francisco Olavo, nº 110, complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPOVAT, especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Senna Talhada 02 de Janeiro de 2019

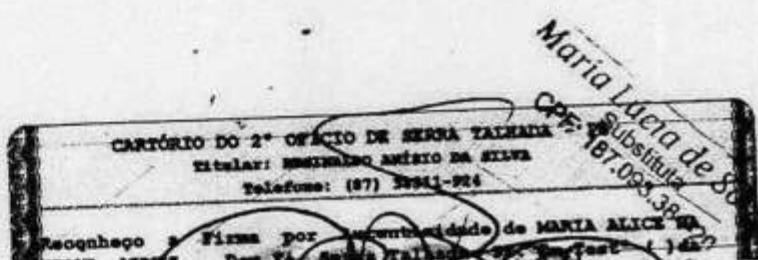
Outorgante X \_\_\_\_\_

Maria Alice da Silva Muniz

Assinatura de quem assina a Rogo

MARIA ALICE DA SILVA MUNIZ

RG: S. 339.547 SDS-PE  
CPF: 007.468.214-84



# Testemunha 1

Jose Francisco Alves Cavalcante

RG: 5650072 SSP-PE

CPF: 031.041.284-64

✓ José Francisco A. Cavalcante

# Testemunha 2

Jessica Cavalcante da Silva

RG: 9.966.252 SBS-PE

CPF: 121.040.346-77

✓ Jessica Cavalcante da Silva

Maria Lúcia de Souza  
Substituta  
CPF: 182.093.384-20

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

Reconheço a Firma por Autenticidade de JESSICA  
CAVALCANTE DA SILVA - Doy Fá. Serra Talhada - PE Em  
Teste ( ) da verdade ( ) Reginaldo Anísio da  
Silva - Titular ( ) Maria Lúcia da Souza - Substituta  
Emol-R\$ 3,50. TDM-R\$ 0,80. FIMC-R\$ 0,41. FERF-R\$  
0,04. FUNSEG-R\$ 0,08. ISS-R\$ 0,21.

Salto: 0074872.DCU12201904.00090 10/01/2020 15:15:15  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/sealdigital](http://www.tjpe.jus.br/sealdigital)

Maria Lúcia de Souza  
Substituta  
CPF: 182.093.384-20

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

Reconheço a Firma por Autenticidade de JOSE FRANCISCO  
ALVES CAVALCANTE - Doy Fá. Serra Talhada - PE Em Teste  
( ) da verdade ( ) Reginaldo Anísio da Silva - Titular ( )  
Maria Lúcia da Souza - Substituta. Emol-R\$ 3,50. TDM-R\$  
0,82. FERF-R\$ 0,41. FERF-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08. ISS-R\$  
0,04. FUNSEG-R\$ 0,08. ISS-R\$ 0,21. 0,21.

Salto: 0074872.IKL12201904.00091 10/01/2020 15:15:49  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/sealdigital](http://www.tjpe.jus.br/sealdigital)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024136/20

**Número do Sinistro:** 3200028368

**Vítima:** JOSE CICERO DE SOUZA

**CPF:** 844.228.824-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/07/2017

**Titular do CPF:** JOSE CICERO DE SOUZA

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/01/2020  
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE  
CPF: 051.394.744-25

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

---

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

---

RAIANNE SILVA BARBOSA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024136/20

**Vítima:** JOSE CICERO DE SOUZA

**CPF:** 844.228.824-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/07/2017

**Titular do CPF:** JOSE CICERO DE SOUZA

**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  
Outros

### ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

### JOSE CICERO DE SOUZA : 844.228.824-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020  
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE  
CPF: 051.394.744-25

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

\_\_\_\_\_  
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

\_\_\_\_\_  
RAIANNE SILVA BARBOSA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024136/20

**Número do Sinistro:** 3200028368

**Vítima:** JOSE CICERO DE SOUZA

**CPF:** 844.228.824-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/07/2017

**Titular do CPF:** JOSE CICERO DE SOUZA

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 04/02/2020

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

CPF: 051.394.744-25

Data do cadastramento: 04/02/2020

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

---

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

---

RAIANNE SILVA BARBOSA

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

---

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200028368**

**Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 24/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

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

**Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA**

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

