



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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002402

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRO GREGORIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

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



Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002402

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRO GREGORIO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

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. 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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002402

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRO GREGORIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

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\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

Graduação: Em grau leve 47.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (47.5% de 100%) 47,50%

Valor a indenizar: 47,50% x 13.500,00 = R\$ 6.412,50

Recebedor: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 237

Agência: 000003208-5

Conta: 0000090800-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200002402
Nome do(a) Examinado(a): Alexandre Luiz da Conceicao
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Belem de Juda, S/N
Rua Belem de Juda Jaboatao dos Guararapes PE CEP: 54290-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [28/09/2019]
Data local do exame: [20/01/2020] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA)

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 28/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA). O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM EM TÓRAX ESQUERDO MAIS LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, ALÉM DE ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR DEVIDO A TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURAS VERTEBRAIS COM INTUITO DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR. RECEBEU ALTA NO DIA 25/10/2019 E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE.

Data da Alta: 25/10/2019

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, APRESENTA DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA, O MESMO FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO, LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE. APRESENTA PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES, NOTA-SE ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES, ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES, E AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES
ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES
ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES
AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.**

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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☒ (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☒ (X) 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. Tiago Martins Formiga

CPF - 051.447.734-27

CRM/PB - 8085


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036-590-124-59 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE LUIS DA CONCEIÇÃO

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE LUIS DA CONCEIÇÃO 6 - CPF: 036-590-124-59
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: AL BELEM DE JUDA 9 - Número: 1500 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DOIS CARMEIROS 12 - Cidade: JABOATÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54290-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81-983600838

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3208 5 CONTA: 0090800 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Bradesco

Débito



5090 9113 2840 0203

03/21 3208 5 0090800 2 02 06

VALIDO ATE: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICA
AGENCIA: DIG: CONTA: DIG: VIA: TIPO:

elo

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
L-1493/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO X SEM ANEXO



Município	CABO DE STO AGOSTINHO		Rodovia	PE-028	Km	
Ponto de Referência	ENTRADA DE ENSEADAS DOS CORAIS				Data	28/09/19
Dia da Semana	SÁBADO	HORA/OCORRÊNCIA	22:15	Hora/Cheg./Pr	23:30	

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		COLISÃO		CHOQUE		CAPOTAMENTO	
Pedestre		Longitudinal		Frontal		Poste, Árvore	X
Animal		Transversal		Traseira		Muro, Casa	
				Veículo Parado		Outros	

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE		IDENT.	01	NÃO IDENT		TOTAL	01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMÁFORO	
Longo da Via		Seca	X	Bom	X	Manhã		S/Defeito	X
Cruzamento	X	Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Nebulosa		Noite	X	Desligado	
		Oleada		Garoa		Madrugada		N/Existe	

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial		Placa "Parc"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F. Pedestre		Placa "Dê a Pref."		Única		Faixa Contínua	X
F. Retenção		Não há Placas		Dupla	X	Canteiro Central	
						Blocos	
						Outros	

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2		COMPORTAMENTO - V1/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorrido	V1
Não foi Realizado	V1	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			

VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V1/V2		ESPÉCIE - V1/V2		CATEGORIA - V1/V2	
Automotor	V1	Passageiro	V1	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V1
De tração animal		Tração		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	FIAT	Modelo	UNO MILLE	Ano	12/13	Renavam		Placa	PES-9842
Município		Nº do Chassis	9BD15844AD6779889	Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido			Liberado	X	Evadiu - se		
Proprietário									
Residência						Bairro			
Município		Rg.			Org. Exp.	CPF			
Condutor									
Residência									
Município									
CNH/Pront./ Nº	00570997223	Categoria	AD		Validade	29/01/2020	Hora/Dir.		

VEÍCULO - 02

Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município		Nº do Chassis		Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido			Liberado		Evadiu - se		
Proprietário									
Residência						Bairro			
Município		Rg.			Org. Exp.	CPF			
Condutor									
Residência						Bairro			
Município		Rg.			Org. Exp.	CPF			
CNH/Pront./ Nº		Categoria			Validade		Hora/Dir.		

TESTEMUNHA - 01

Nome	ANDREZA CARLA DE MELO					Idade	37	Sexo	F	Profissão	DONA DE CASA
Residência	AV. BELEM DE JUDA, 1500					Bairro	ALTO DOIS CARNEIROS				
Município	RECIFE	U.F.	PE	Rg.	6139227	Org. Exp.	SDS	CPF	047.333.034-24		

TESTEMUNHA - 02

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Bairro					
Município		U.F.		Rg.		Org. Exp.	CPF

VÍTIMA - 01

Nome	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO	Natureza dos Ferimentos	Leve		Graves	X	Mortais	
Estado Civil	CASADO	Idade	40	Sexo	M	Nacionalidade		
Profissão	CHEFE DE TRANSPORTE	Residência	AV. BELEM DE JUDA, 1500	Bairro	ALTO DOIS CARNEIROS			
Município	RECIFE	UF	PE	Rg.		Org. Exp.	CPF	036.590.124-59
Socorrido	HOSPITAL DOM HELDER					Município		
Dados Fornecidos Por								
Residência						Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF	

VÍTIMA - 02

Nome		Natureza dos Ferimentos	Leve		Graves		Mortais	
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade		
Profissão		Residência				Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF	
Socorrido						Município		
Dados Fornecidos Por								
Residência						Bairro		
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF	

GBAPH: CB ROSIMARIO, MAT: 710166-0/ VIA (RESGATE)



BATALHÃO DE POLÍCIA ROSSIMARIO



XII – INFRACÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162 J CTB)		Deixar de Prestar Inform.s\ acid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trãns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.s\ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S\ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserv. Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar		Particular		Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de						Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência					Matricula	272946-6
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matricula	950260-2	NOME	ACIOLI
XVIII – Digitador da SSTA	CB PM VIRGINIA RUFINO			Of. Chefe da SSTA	MAJ SWELLINGTON	

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 25 / 11 / 19

ASS: *Virginia C. Rufino*

Virginia C. Rufino
CB PM - Matr. 101247-5



IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII – CROQUI

EM ANEXO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PMPE - DGO - CPE - EPRV
Batalhão Cel. Nivaldo de Souza Neto



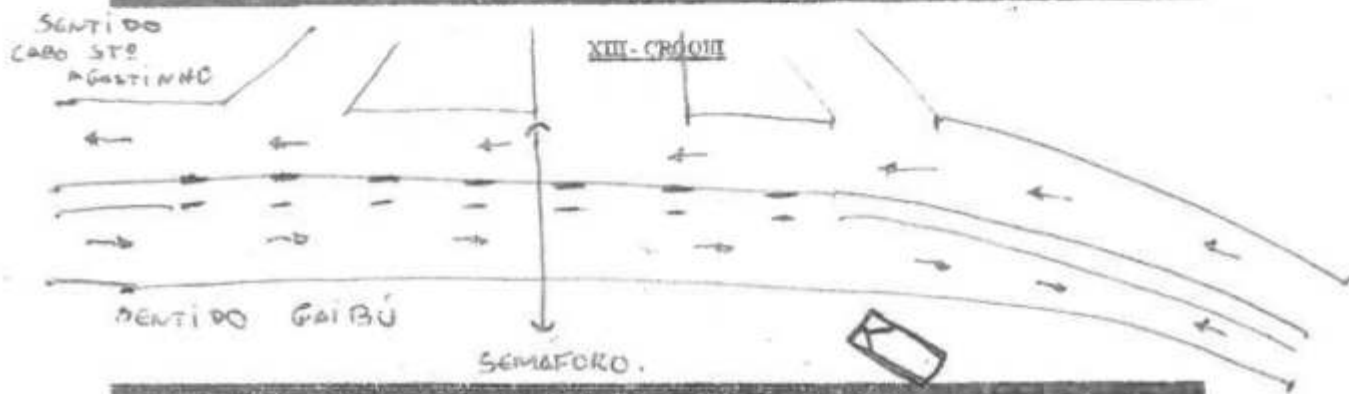
XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir s/ CTH (Art. 161, I, CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Port obrig. (Art. 232 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Port obrig. (Art. 232 CTB)
Dirigir sob influência de álcool (Art. 165 CTB)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176, CTB)
Deixar de adotar prov. p/ evitar perigo a aus. (Art. 176, CTB)
Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176 III CTB)
Deixar de remover veic. Qda Danada (Art. 176, IV CTB)

VI V2

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Deixar de prestar inform. p/ (Art. 176, v. CTB)
Desob. Ordens do Agente Trans (Art. 195 CTB)
Conduzir veic. s/ placa violada (Art. 230, I CTB)
Conduzir veic. s/ placa (Art. 230 IV CTB)
Conduzir veic. s/ placa ileg. (Art. 230 VI CTB)
Conduzir veic. Alter De caract. (Art. 230, VII CTB)
Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230 IX)
Outras: _____



XIV - SIMBOLOGIA

Automóvel e outro veículos de 4 rodas
 Ônibus, Caminhão e Trator
 Trem
 Veículo de 2 ou 3 Rodas
 Pedestre
 Animal
 Objeto Fixo

Incêndio
 Marcha à Frente.
 Marcha à Ré
 Derapagem
 Capotamento ou Tombamento
 Local da Colisão
 Depois da colisão

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

AMASSAMENTOS:

+ TAMPA DA MOTA
+ PARA-LAMAS DIREITO DIANTEIRO
+ DO TETO
+ COLUNA DIANTEIRA DIREITA E ESQUERDA
+ PORTA DIREITA DIANTEIRA
+ PORTA ESQUERDA DIANTEIRA

VEÍCULO - 02

QUEBRAMENTOS:

+ PARA-BRISAS DIANTEIRO
+ PARA-CHOQUE DIANTEIRO
+ FARÓIS DIANTEIROS (DIREITO E ESQUERDO)
+ FARÓIS TRASEIROS (DIREITO E ESQUERDO)
+ O PARA-BRISAS TRASEIRO
FAMILIARES LEVARAM P/ GUARDAR



XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Hora:

Nome do receptor da ocorrência:

Alcides Vilela

Matrícula:

272946-4

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA.

NOME:

SGT PM

950260-2

ASS.: *ACIOLI*

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:

BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº L-1493/19)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(Condutor Saído)



Veículo: _____
Nome do Condutor: _____
RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
Placa do Veículo: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036-590-124-59 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE LUIS DA CONCEIÇÃO

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE LUIS DA CONCEIÇÃO 6 - CPF: 036-590-124-59
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: AL BELEM DE JUDA 9 - Número: 1500 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DOIS CARMEIROS 12 - Cidade: JABOATÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54290-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81-983600838

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3208 5 CONTA: 0090800 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Alexandre Luis da Conceição
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001324 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANDERSON SILVA DE ANDRADE, 32 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 51697 PMPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 072.674.304-65, residente à AV BELEM DE JUDA, nº 1395, , ALTO DOIS CARNEIROS, JABOATAO DO GUARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/09/2019, por volta das 22:43 hs, no endereço: RODOVIA PE 28, S/N, GAIBU CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMOVEI FIAT UNO BRANCA PES9842-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 036.590.124-59 e Registro Geral ° 5105361, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710166-0 ROSIMÁRIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 524928. Ficou aos cuidados do médico DQANIELLE TETI, registro 19345. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/12/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001324

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

CELPEGABRIEL DO CARVALHO
ANDRÉ VIANA DE MELO

CPF: 975.364-684-04

ALBUQUERQUE, J. L. D. 1500
ENTREVISTA DA UNIDADE CONSUMIDORA

CAVALEIRO/CAVALEIRO
JABOTÃO DOS GUARAPES PE
54.200-000

CALL 1-800-368-7262
FOR MORE INFORMATION

4446788011	14/2019
20/11/2019	14/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	19,08

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Ativo(14h)	0,0000000	0,0000000	0,00
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,20
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,40
PRO-CRIANÇA (061)3412-0600 0000 031 0000			0,00
Compensação OMC 08/18			-0,06
TOTAL DA FATURA			10,00

[illegible][illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Variable	Estimate	Value	Statistic	P-value	Value
Intercept	1.31119	33.18	t(408.6)	0.0000	16.85
1992-1999	0.0000	0.00	0.0000	1.0000	0.00
2000-2009	0.0000	0.00	0.0000	1.0000	0.00

Este comunicado NÃO substitui o texto do Edital de licitação e o NÃO cumprimento das condições de licitação. Caso o participante não se manifeste dentro do prazo de validade, poderá ocorrer o cancelamento do contrato, podendo também ocorrer o cancelamento de outras licitações no dia 20 de Julho de 2016. Poderão ocorrer mudanças de preço, bem como alterações no regime de pagamento de acordo com o Edital.

For more information, contact the
Human Resources Department at (602)
438-2111. Inquiries regarding
employment opportunities at the
University of Arizona can be
found at www.arizona.edu.

VALORES EM R\$ MILHÕES					TÉRMINO MENSAL (M)		LIMITE DE VINCULADO (M)	
EMPRESA	APROVADO	LIBERADO	TRANSFERIDO	LIBERADO (M)				
DEC	1,00	3,17	8,38	12,00				
ENC	3,57	2,00	0,00	0,00				
TOTAL	Limite DEC: 1,23	12,74	8,38	12,00				

14487/89011	11/2019	20/11/2019	19,06
CORTA CONTINUA	MILANO	ESCL. DI VINCIMENTO	TOTAL A PAGAR (€)

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRO GREGORIO inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.154.394 / 82,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 036.590.124-59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.590.124-59, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA FRANÇA		215	B
Bairro	Cidade	Estado	CEP
SUCUPIRA/CAVALEIRO	JABOATÃO DOS GUARARAPES	PE	54280-410
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	81 98360-0838	81 98360-0838	

_____ de _____ de _____
Local e Data

Alexandro Gregorio
Assinatura do Declarante

PACIENTE:	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO	PRONTUÁRIO:	0000292695
DATA DE NASCIMENTO:	03/06/1979	IDADE:	40
DATA DE ATENDIMENTO:	29/09/2019	SEXO:	MASCULINO
		ATENDIMENTO:	1269306

SUMÁRIO DE ALTA

CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO	MOTIVO DA ADMISSÃO HOSPITALAR
☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA	T07 - TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

EVOLUÇÃO DURANTE O INTERNAMENTO	☒ PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS
--	---

01 - VÍTIMA DE CAPOTAMENTO
 02 - POLITRAUMATISMO:
 A. SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA NÍVEL SENSITIVO L2+ BEXIGA NEUROGENICA (TC COM FX C7 E L2 SEM DESALINHAR + FX L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO DA VERTEBRAL) + TC DE CRANIO - SEM LESOES
 B. TRAUMA TORÁCICO - F. DE COSTELAS - 9 e 10 (DIREITA) + 3 a 8 (ESQUERDA) + HEMOPNEUMOTORAX ESQUERDO.
 DRENAGEM TORÁCICA DIREITA
 03 - PO DE DRENAGEM TORÁCICA ESQ + LAPAROTOMIA EXPLORADORA + CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA + GASTRORRAFIA (30/09)
 04 - PO DE DRENAGEM TORÁCICA DIREITA (03/10)
 05 - PO DE ARTRODESE DE COLUNA LOMBAR
 06 - ITR--SUPERADA
 07- Deiscencia FO angulo inferior ==PELE

ANTIBIÓTICOS EM USO

MACRODANTINA CAPS 100MG -> 21/10/19 | 23/10/19
 TARGOCID PO/SOL.INJ. 400MG -> 06/10/19 | 15/10/19
 TAZOCIN PO/SOL.INJ. 4,5G -> 04/10/19 | 13/10/19
 DERMODEX POMADA - 60G -> 01/10/19 | 09/10/19
 DERMODEX POMADA - 60G -> 30/09/19 | 30/09/19

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS	☒ HEMOTRANSFUSÃO	☒ UTI 8	DIA(S)
--	---	--	---------------

30/09/2019 08:09:08 - LAPAROTOMIA EXPLORADORA + CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA + GASTRORRAFIA
 03/10/2019 18:10:55 - TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA À DIREITA
 04/10/2019 21:10:34 - ARTRODESE DE COLUNA VERTEBRAL (X 06) + FRATURA-LUXAÇÃO DA COLUNA (X02) + LAMINECTOMIA (X02) + DESCOMPRESSÃO MIELORRADICULAR CBHPM 3071509 X 02 + OSTEOTOMIA DE COLUNA VERTEBRAL CBHPM 3071522-9 X 01

DIAGNÓSTICO DA ALTA

01 - VÍTIMA DE CAPOTAMENTO
 02 - POLITRAUMATISMO:
 A. SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA NÍVEL SENSITIVO L2+ BEXIGA NEUROGENICA (TC COM FX C7 E L2 SEM DESALINHAR + FX L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO DA VERTEBRAL) + TC DE CRANIO - SEM LESOES
 B. TRAUMA TORÁCICO - F. DE COSTELAS - 9 e 10 (DIREITA) + 3 a 8 (ESQUERDA) + HEMOPNEUMOTORAX ESQUERDO.
 DRENAGEM TORÁCICA DIREITA
 03 - PO DE DRENAGEM TORÁCICA ESQ + LAPAROTOMIA EXPLORADORA + CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA + GASTRORRAFIA (30/09)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

5105361 SSP PE

CPF

036.590.124-59

DATA NASCIMENTO

03/06/1979

RELACAO

NAO DECLARADO

SEVERINA LUIZA DA
CONCEICAO

PERMISSAO

AD

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

00570997223

VALIDADE

29/01/2020

Nº HABILITACAO

30/03/1999

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

Alexandre Luiz da Conceicao

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSAO

02/02/2015

[Signature]

ASSINATURA DO COMISSARIO

42199560020

98964438583

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1020050938

PROIBIDO PLASTIFICAR
1020050938

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
EXCENTRO DE PASSADOUZAS - RJ
MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGROMINERAL
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:
ALEXANDRE GREGO RITO

DIGIT. IDENTIDADE: ORG. EMISSOR / UF
5136264 SEP PE

CNPJ: **008.154.394-82** DATA NASCIMTO: **17/10/1978**

FILIAÇÃO:
MÃO DECLARADO

MARIA DE LOURDES GREGO
RITO

PROFISSÃO: **ADMINISTRADOR** ACQ: **ADMINISTRADOR** CAT. HAB: **A.B.**

Nº REGISTRO: **05547108889** VALIDADE: **12/04/2012** HABILITAÇÃO: **24/07/2012**

OBSERVAÇÕES:

KAR

Alexandre Grego Rito

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE** DATA EMISSÃO: **17/04/2017**

Alexandre Grego Rito
Diretor Presidente

ASSINATURA DO SUPERVISOR

57389135366
PE078569109

PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014801698898
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM 501220372 RNTRO. 2019 EXERCÍCIO

NOME
MOINHO PETINHO INDUSTRIA E COMER
RECIFE-PE

CPF / CNPJ 10.808.491/0001-55 PLACA PB59842
PLACA ANT / UF 98D15844AD6779889 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS / AUTOMÓVEL COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL
MARCA / MODELO FIAT/UNO MILLE WAY ECON ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013
CAP / POT / QIL 5P/66CV/1000CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO 2º 3º
FAIXA LPVA 1 PARCELAMENTO PAGAS
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 12.00 IOF (R\$) 0.06 PRÊMIO TOTAL (R\$) 16.21 DATA DE PAGAMENTO 04/02/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

RECIFE Aberto 09/02/19
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014801698898 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MOINHO PETINHO INDUSTRIA E COMER
GIO LTDA
FIRMA RECIFE-PE 50820-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/02/19

VIA 1 CPF / CNPJ 10.808.491/0001-55 PLACA PB59842
RENAVAM 501220372 MARCA / MODELO FIAT/UNO MILLE WAY ECON
ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013 CHASSI 98D15844AD6779889

PRÊMIO TARIFÁRIO
PNS (R\$) 5.40 DENATRAM (R\$) 0.60 CUSTO DO SEGURO (R\$) 5.00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.06 TOTAL BILHETE (R\$) 16.21
COTA ÚNICA PAGAMENTO 04/02/19 PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002318/20

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

CPF: 036.590.124-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: ALEXANDRE LUIZ DA
CONCEICAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRO GREGORIO : 008.154.394-82

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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO : 036.590.124-59

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: 03/01/2020
Nome: ALEXANDRO GREGORIO
CPF: 008.154.394-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

ALEXANDRO GREGORIO

Josyelli de Oliveira Cabral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, APRESENTA DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA, O MESMO FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO, LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE. APRESENTA PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES, NOTA-SE ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES, ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES, E AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM EM TÓRAX ESQUERDO MAIS LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, ALÉM DE ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR DEVIDO A TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURAS VERTEBRAIS COM INTUITO DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR. RECEBEU ALTA NO DIA 25/10/2019 E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM AMBOS MEMBROS INFERIORES

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR 3160737933, EM 75 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO (TRAUMA RAQUI MEDULAR)

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 47,5 %	47,5%	R\$ 6.412,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, APRESENTA DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA, O MESMO FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO, LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE. APRESENTA PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES, NOTA-SE ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES, ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES, E AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM EM TÓRAX ESQUERDO MAIS LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, ALÉM DE ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR DEVIDO A TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURAS VERTEBRAIS COM INTUITO DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR. RECEBEU ALTA NO DIA 25/10/2019 E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM AMBOS MEMBROS INFERIORES

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR 3160737933, EM 75 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO (TRAUMA RAQUI MEDULAR)

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 47,5 %	47,5%	R\$ 6.412,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA A NÍVEL SENSITIVO DE L2- BEXIGA NEUROGÊNICA
FRATURA DO C2 E L2
FRATURA DE L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO VERTEBRAL
FRATURA DOS ARCOS COSTAIS (9º E 10º) À DIREITA E (3º A 8º) À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA À ESQUERDA
LAPAROTOMIA EXPLORADORA- CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA- GASTRORRAFIA
ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA A NÍVEL SENSITIVO DE L2- BEXIGA NEUROGÊNICA
FRATURA DO C2 E L2
FRATURA DE L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO VERTEBRAL
FRATURA DOS ARCOS COSTAIS (9º E 10º) À DIREITA E (3º A 8º) À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA À ESQUERDA
LAPAROTOMIA EXPLORADORA- CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA- GASTRORRAFIA
ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA A NÍVEL SENSITIVO DE L2- BEXIGA NEUROGÊNICA
FRATURA DO C2 E L2
FRATURA DE L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO VERTEBRAL
FRATURA DOS ARCOS COSTAIS (9º E 10º) À DIREITA E (3º A 8º) À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA À ESQUERDA
LAPAROTOMIA EXPLORADORA- CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA- GASTRORRAFIA
ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: CHEFE DE TRANSPORTE
RG: 5105361 SSP CPF: 036.590.124-59
Endereço: AV BELEM DE JUDA JABOATÃO Nº 1500
CEP: 54290-000

OUTORGADA: ANA KÁTIA ARRAES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pernambuco sob nº. 45.802, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pernambuco sob nº. 16.945, com endereço eletrônico: katia.arraes.advocacia@gmail.com escritório profissional localizado a Rua José de Alencar, 670, sala 105-b, Boa Vista, Recife, Pernambuco e **ALEXANDRO GREGÓRIO**, RG n.º 5.326.264 SSP/PE, CPF n.º 008.154.394-84, com endereço profissional localizado na Rua França, n.º 215-B, Sucupira, Jaboatão dos Guararapes.

PODERES: Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT.

Na garantia: INVACIDEZ, Data do Sinistro: 28/09/2019

Cartório de Teófilo

Local, Recife, PE, 04 de 12 de 2019

Romildo Pacheco da Silveira
Delegado

Caliope José Monteiro da Silveira

Av. Falcão de Lacerda, 329 - Teófilo - Recife-PE

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA COMARCA DE RECIFE - PE
Rua Falcão de Lacerda, 329 - Teófilo - CEP: 50030-910 - Fone: (081) 3445-2230

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 04 de dezembro de 2019 09:35:05.
Em testemunho da verdade
Caliope José Monteiro da Silveira (1ª Sub)
Selo: 0073478.HIR11201906.01122



(Reconhecer Firma por autenticidade)

Dr. Kátia Arraes OAB/PE nº 45.802 - D
Escritório: Rua José de Alencar, nº 670, sala 105-b, Boa Vista, Recife-PE

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sesdigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002318/20

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

CPF: 036.590.124-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRO GREGORIO : 008.154.394-82

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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO : 036.590.124-59

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: 03/01/2020
Nome: ALEXANDRO GREGORIO
CPF: 008.154.394-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

ALEXANDRO GREGORIO

Josyelli de Oliveira Cabral