

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, 05 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190348923**

**Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

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, 23 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190348923**      **Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

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\$ 680,40

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Complemento por reanálise 7.2%

% Invalidez Permanente DPVAT: (7.2% de 70%) 5,04%

Valor a indenizar: 5,04% x 13.500,00 = R\$ 680,40

Recebedor: **JOSE ELOI DINIZ**

Valor: **R\$ 680,40**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000065566-0**

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 PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

319.828.914-91

JOSE ELOI DINIZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

Nome completo:

JOSE ELOI DINIZ

CPF:

319.828.914-91

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

SITIO SANTA CLARA

Número:

290

Complemento:

CASA

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

SANTA CRUZ DA SAIXA VERDE

Estado:

PE

Cidade:

ALECKSON GOMES@BOL.COM.BR

E-mail:

Tel.(DDD):

(17) 98866-8988

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0914

CONTA: 65.566

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou filhos:  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
DUVIDORIA 0800 725 7474

140-607114004-1

28/MAI/2019 HORA DF 09:08:28

SLOT: 15.014818-6 TERM: 017363  
LOCALIDADE: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE  
AG. VINCULADA: 0914 CONTROLE: 102951529

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0914 013 00065566-0

JOSE ELOI BENITZ

— 461 —

DÉPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS.

ESTE RECEBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

140-587114004-1

1a VIA

ARUANA SEGURO  
28 MAI 2013

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

319.828.914-91

JOSE ELOI DINIZ

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

JOSE ELOI DINIZ

CPF:

319.828.914-91

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

SITIO SANTA CLARA

Número:

290

Complemento:

CASA

Bairro:

STA CRUZ DA BAIXA VERDE - RURAL SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

Cidade:

PE

Estado:

PE

CEP:

56.855-000

E-mail:

AUCKSONGOMES@BOL.COM.BR

Tel.(DDD):

(17) 98866-8988

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

### DADOS CADASTRAIS

 RENDA MENSAL:

 RECUZO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 0914

CONTA: 65.566

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: \_\_\_\_\_

Falecidos: \_\_\_\_\_

 Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

 Impressionado  
pelo que  
viveu ou  
beneficiou  
ou afetou

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

X José Eloi Diniz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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: 3190348923

Nome do(a) Examinado(a): Jose Eloi Diniz

Endereço do(a) Examinado(a): Si Sta Clara, 290 290

Zona Rural Santa Cruz da Baixa Verde PE CEP: 56895-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 2629665

Data local do acidente: [ 15/03/2019 ]

Data local do exame: [ 09/08/2019 ] 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 FÉMUR PROXIMAL ESQUERDO  
FRATURA DE MÃO ESQUERDA**

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

**Tratamento: REALIZADO CIRURGIA DE FÉMUR COM PLACA E PARAFUSOS**

**REALIZADO FIXAÇÃO POR FIOS**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

**Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO DE MOBILIDADE DA MÃO ESQUERDA E ALTERAÇÃO DE APREENSÃO, APRESENTA ENCURTAMENTO NO MÉMBRO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MÉMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

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

Sim  Não

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

Sim  Não

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.**

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MÉMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

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

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

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

"Vítima em tratamento"

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  100% completo

Região Corporal (Sequela):

**MÃO - Lado Esquerdo**

% 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

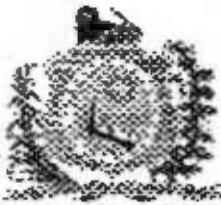
VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Carimbo com Nome e CRM



Dr. Henrique A. Silva  
CRM: ES.122  
Ortopedia-Traumatologia  
Hospital São Francisco



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DA  
BAIXA VERDE - DP183°CIRC DINTER2/21°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0273000132

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/04/2019 às 08:59

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 16/3/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido na endereço: SITIO SANTA CLARA, PE - 366 PROXIMO A  
CONSTRUÇÃO DA ESCOLA NOVA - SANTA CRUZ DA BAIXA  
VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA  
BAIXA VERDE, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA  
VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local de Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
JOSE ELOI DINIZ (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse de(a) Sr(a): JOSE ELOI DINIZ

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

JOSE ELOI DINIZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nascimento: EXPEDITA  
CAROLINA DOS SANTOS Pai: JOAO ELOI DINIZ Data da Nascimento: 6/3/1954 Naturalidade:  
PRINCESA ISABEL / PARAÍBA / BRASIL Documentos: 2628668/SSP/PE (RG), 31082881481  
(CPF), 43388228877 (CNH) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU  
INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 988755888

Residencial: SITIO SANTA CLARA - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO  
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 200 - CEP:  
52666-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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



Diego Borba de L. Silva  
Titular

Rua Carolina Campos, 200 | Centro  
Santa Cruz da Baixa Verde/PE  
Fone: (87) 3846-4011

Autentico a presente cópia representativa extraida neste  
serviço, que confere com o original. Dou fé, 20 de  
maio de 2019 Em testo \_\_\_\_\_ da verdade.  
Carlos Eduardo G. Souza (Substituto) Amol.: R\$ 3,07 TSNR:  
R\$ 0,58 FEPOM: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,07 PG: R\$ 0,34

Sele: 0160192.ZMF05201902.00031 20/05/2019 09:12:25  
Consulte a autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

27/04/2019 08:52

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **JOSÉ ELOI DINIZ**, que estava em posse do(s) Sr(s): **JOSÉ ELOI DINIZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR 150 EROS RIX ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0YV8768** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: **182810622** Chassi: **9C2MD0568ER491501**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ELOI COMPARCEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. QUE O FATO OCORRERA NA PE-365 NA ALTURA DA ESCOLA NOVA QUE AINDA ESTÁ EM CONSTRUÇÃO PRÓXIMO A ENTRADA DA CIDADE. RELATA QUE VINHA NA REFERIDA RODOVIA NO SENTIDO SITIO SANTA CLARA / SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE. QUE EM DADO MOMENTO UM OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SUA FREnte SEM SINALIZAR FEZ UMA MANOBRa PRA ENTRAR À ESQUERDA E COM ISSO O SENHOR JOSÉ ELOI COLIDIU NESTE VEÍCULO. COM O IMPACTO DA BATIDA CAIU ÀS MARGENS DA RODOVIA, FORA SOCORRIDO PELOS OCUPANTES DESTE VEÍCULO QUE ACIONARAM A AMBULÂNCIA DO HOSPITAL LOCAL. O SENHOR JOSÉ ELOI RELATA QUE LOGO APÓS CHEGARAM NESTA AMBULÂNCIA O MOTORISTA SAMUEL E CIDIA DE PETROLINA, TENDO LHE LEVADO DIRETO PARA O HOSPITAL EM SERRA TALHADA. AFIRMA QUE NÃO CONHECE AS PESSOAS QUE ESTAVAM NO VEÍCULO NO QUAL COLIDIU. QUE DESTA QUEDA SOFRERA FRATURA NA Perna ESQUERDA E DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA, TENDO SIDO SUBMETIDO A CIRURGIA. POR Tais MOTIVOS PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REFERIDO REGISTRO.

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

**JOSÉ ELOI DINIZ**  
(VITIMA)

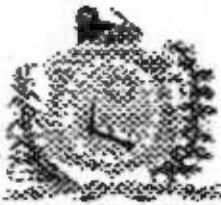
*José Eloi Diniz*

B.O. registrado por: **EDILANILTON LEITE DA SILVA - MAT.221.496-2 - Matrícula: 221496-2**

*Edilanton Leite da Silva*



ARUANA SEGUROADORA  
28 MAI 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DA  
BAIXA VERDE - DP183°CIRC DINTER2/21°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0273000132

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/04/2019 às  
08:59

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 16/3/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido na endereço: SITIO SANTA CLARA, PE - 366 PROXIMO A  
CONSTRUÇÃO DA ESCOLA NOVA - SANTA CRUZ DA BAIXA  
VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA  
BAIXA VERDE, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA  
VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local de Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
JOSE ELOI DINIZ (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse de(a) Sr(a): JOSE ELOI DINIZ

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

JOSE ELOI DINIZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nascimento: EXPEDITA  
CAROLINA DOS SANTOS Pai: JOAO ELOI DINIZ Data da Nascimento: 6/3/1954 Naturalidade:  
PRINCESA ISABEL / PARAÍBA / BRASIL Documentos: 2628668/SSP/PE (RG), 31082891481  
(CPF), 43388228877 (CNH) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU  
INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 988755888

Residencial: SITIO SANTA CLARA - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO  
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 200 - CEP:  
52666-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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



Diego Borba de L. Silva  
Titular

Rua Carolina Campos, 200 | Centro  
Santa Cruz da Baixa Verde/PE  
Fone: (87) 3846-4011

Autentico a presente cópia representativa extraida neste  
serviço, que confere com o original. Dou fé, 20 de  
maio de 2019 Em testo \_\_\_\_\_ da verdade.  
Carlos Eduardo G. Souza (Substituto) Amol.: R\$ 3,07 TSNR:  
R\$ 0,58 FEPOM: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,07 PG: R\$ 0,34

Sele: 0160192.ZMF05201902.00031 20/05/2019 09:12:25  
Consulte a autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

27/04/2019 08:52

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **JOSÉ ELOI DINIZ**, que estava em posse do(s) Sr(s): **JOSÉ ELOI DINIZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR 150 EROS RIX ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0YV8768** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: **182810622** Chassi: **9C2MD0568ER491501**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ELOI COMPARCEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. QUE O FATO OCORRERA NA PE-365 NA ALTURA DA ESCOLA NOVA QUE AINDA ESTÁ EM CONSTRUÇÃO PRÓXIMO A ENTRADA DA CIDADE. RELATA QUE VINHA NA REFERIDA RODOVIA NO SENTIDO SITIO SANTA CLARA / SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE. QUE EM DADO MOMENTO UM OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SUA FREnte SEM SINALIZAR FEZ UMA MANOBRa PRA ENTRAR À ESQUERDA E COM ISSO O SENHOR JOSÉ ELOI COLIDIU NESTE VEÍCULO. COM O IMPACTO DA BATIDA CAIU ÀS MARGENS DA RODOVIA, FORA SOCORRIDO PELOS OCUPANTES DESTE VEÍCULO QUE ACIONARAM A AMBULÂNCIA DO HOSPITAL LOCAL. O SENHOR JOSÉ ELOI RELATA QUE LOGO APÓS CHEGARAM NESTA AMBULÂNCIA O MOTORISTA SAMUEL E CIDIA DE PETROLINA, TENDO LHE LEVADO DIRETO PARA O HOSPITAL EM SERRA TALHADA. AFIRMA QUE NÃO CONHECE AS PESSOAS QUE ESTAVAM NO VEÍCULO NO QUAL COLIDIU. QUE DESTA QUEDA SOFRERA FRATURA NA Perna ESQUERDA E DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA, TENDO SIDO SUBMETIDO A CIRURGIA. POR Tais MOTIVOS PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REFERIDO REGISTRO.

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

**JOSÉ ELOI DINIZ**  
(VITIMA)

*José Eloi Diniz*

B.O. registrado por: **EDILANILTON LEITE DA SILVA - MAT.221.496-2 - Matrícula: 221496-2**

*Edilanton Leite da Silva*



ARUANA SEGUROADORA  
28 MAI 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

319.828.914-91

JOSE ELOI DINIZ

CPF:

319.828.914-91

Número:

290

Complemento:

CASA

CEP:

36.855-000

Tel.(DDD):

(17) 98866-8988

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 446/2012

Nome completo:

JOSE ELOI DINIZ

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

SITIO SANTA CLARA

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

SANTA CRUZ DA SAIXA VERDE

Estado:

PE

E-mail:

ALECKSONGOMES@BOL.COM.BR

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

### RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0914

CONTA: 65.566

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos:  Sim  Não Vítima deixou  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

96

Data: 15/03/19

Hora: 14:16

S.

Nome: José Eloy Diniz

Profissão: agricultor

Meio Social:

Endereço: 06/03/54

Sexo: Mas.

Estado Civil: casado

Colaborador:

Responsável:

IE: Ex-militar, Caudinha dos Santos

Endereço: Rua Santa Clara

UF:

Município: S. Gvã B. Verde

Fone: 9.8873-5800

Número SUS:

Fone: 9.8873-5800

RG/CPF:

Raca/Cor:

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situación/Queixa:

	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
--	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicamentos em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Exograma:

Carimbo e Assinatura:

## ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Travou em cax. E + Mot E + Tórox  
 E. N.º 01  
 Dg + Esten. Empurra. Compr. dívid  
 invert. em dor no t. m. e com pro  
 atamento: de substâncias

Px d. cax. E AP. Proj

Px d. Tórox AP

Px + mot E AP. altas

Pótese Diagnóstica:

Int. Fratura Proximal E +  
 5 Fratura E

Carimbo e Assinatura:

Dr. Émio K. de Carvalho  
 Traumatologista  
 CRM-PE

ARUANA SECRETARIA  
 28 MAI 2013

Data:

ASSINATURA - CPF

[ Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1386530264 ]

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS 111 BOA VISTA  
RECIFE PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.833.332/0001-28  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005543-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficientes auditivos ou de fala 0800 281 0142  
Ouvintes 0800 282 5595  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 0167  
Ligações Gráteis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157-  
Ligações Gráteis de telefones fixos e tarifadas  
na origem, para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE: JOSE ELOI DINIZ	DATA DE VENCIMENTO <b>24/04/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/04/2019	CONTA CONTRATO <b>1431313029</b>
ENDERECO ST STA CLARA 290 -STA CRUZ DA BAIXA VERDE - RURAL/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE RURAL -56895-000 SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE -	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 20,71</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO 16/04/2019	NÚMERO DA NOTA FISCAL 058417712
PERÍODO CONSUMO 19/03/2019 a 16/04/2019	CONSUNTO 30	VIA PARA PAGAMENTO	
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do Imposto R\$ 0,00			

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Deslique aqui

CONTA CONTRATO 1431313029	MÊS/ANO 04/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 20,71	VENCIMENTO 24/04/2019	TALÃO DE PAGAMENTO <b>Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</b>
838800000003 207100110010 431313029100 139274056137				



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARUANA SECURADORA  
28 MAI 2019



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica-Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

从2014年1月1日起，对部分商品实行新的出口退税率。

Centrais Elétricas de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-902  
CNPJ 10.805.932/0001-08 | Fone: Est. 0800-513-931 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

**SAÚDE DO CLIMATE**  
AGENOR GOMES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSULTIVA  
RUA AGAMENON MAGALHÃES 127

CPF 091 269.374-63

CENTRO/SANTA CRUZ BAIXA VERDE  
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE  
56895-000

**CLASIFICACIÓN  
B) RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL**

CONT. CONTRATO 0466144018 04/2019

058823441 UNICA 17/04/2018  
17/04/2018 2000248817 340895

DATA DE MOVIMENTO  
25/04/2019

10卷第1期 2010年1月

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Centro Itumbiara Municipal	121.000000	0,77338882	133,87
ICMS Subvenção-CDE-MF 05150557-18/02/19			21,88
			27

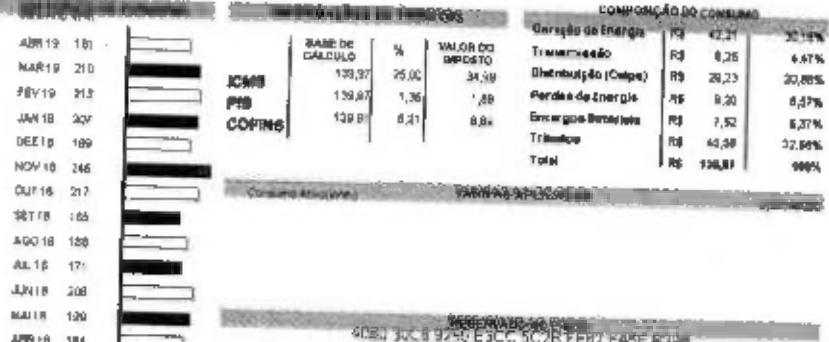
Consumo Azul (kWh)  
Centro Ilum. Pública Municipal  
ICMS Subvenção-CGEE-MF 05150557-18/02/18

### TOTAL DA FATURA

182,90

INSTITUTIVO BE CONSUMO DE LA MESA

Nº DO MEDIDOR RT 7003	TIPO DE FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTÂNCIA	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		20-03-2019	51.445,00	17-04-2019	51.828,00	38	1.00000		181,00



MANA SEGURO  
28 MAI 2013

CONSUMO	TARIFAS Alquileres	UMES MÁXIMAS	LÍNEAS TÉLEFONO
000	0,00	3,43	
000	0,00	3,30	
000	0,00	3,11	

• 1996 年第 1 期 • 100

卷之三

AI (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	402	231

302755

# 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: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.632,50

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

CLIENTE: JOSE ELOI DINIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000065566-0

---

Nr. da Autenticação 6E7A98E02AC17DBE

# 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: 16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 680,40

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

CLIENTE: JOSE ELOI DINIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000065566-0

---

Nr. da Autenticação FE12B3A29845702C

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ALEXSON LEANDRO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.679.274-13, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ ELOI DINIZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 319.828.914-91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ de Vítima JOSÉ ELOI DINIZ, inscrito (a) no CPF sob o Nº 319.828.914-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: CAIXA SUP. Renda: 1.078,00 e apresento os documentos comprobatórios: CONTRACHEQUE /OLÉRITO

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
<u>RUA AGAMARON MIGALHAS</u>		<u>127</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE</u>	<u>PR</u>	<u>56.895-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Alexson.gomes@bol.com.br</u>	<u>(87)98866-8988</u>	<u>(87)98866-8988</u>	

SANTA CRUZ B.V., 29 de MARÇO de 2019  
Local e Data

Jeh L. L.  
Assinatura do Declarante

JARUANA SEGURODORA  
28 MAI 2013

ALDO LAECIO GOMES DA SILVA ME  
CNPJ: 23.00.834.720/0001-52

CC: GERA

### Monza lista

Folha Mensal

Marco de 2019

Código Nome do Funcionário  
4 ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA  
CALMA

250 Departamento FMSI  
421125 9 1  
Admissão: 01/10/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.037,00	
206	QUEBRA DE CAIXA	134,81	134,81	
998	I.N.S.S.	8,00		93,74

卷之三

卷之三

1

ARUANA CERTIFICADORA  
28 MAI '83

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **JOSÉ ELOI DINIZ**, CNH nº **3389226877**, data de expedição **07 / 01 / 2015**, Órgão: **DETRAN/PE**, portador do CPF nº **319.828.914-91**, com domicílio na cidade de **Santa Cruz da Baixa Verde** no Estado de **Pernambuco**, onde resido na **Sítio Santa Clara, 290**, Zona Rural, complemento **CASA**, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **JOSÉ ELOI DINIZ**, cujo o condutor era **JOSÉ ELOI DINIZ**.

Veículo: **MOTOCICLETA**

Modelo: **HONDA/NXR 150 BROS ES**

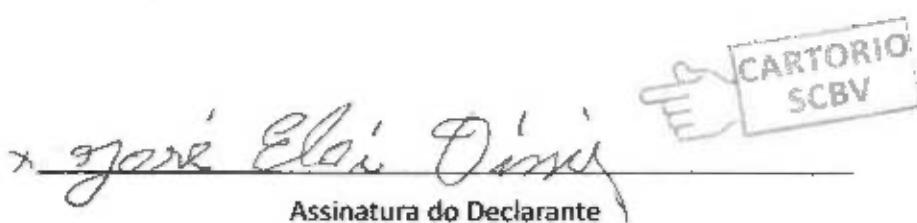
Ano: **2014/2014**

Placa: **OYV0760**

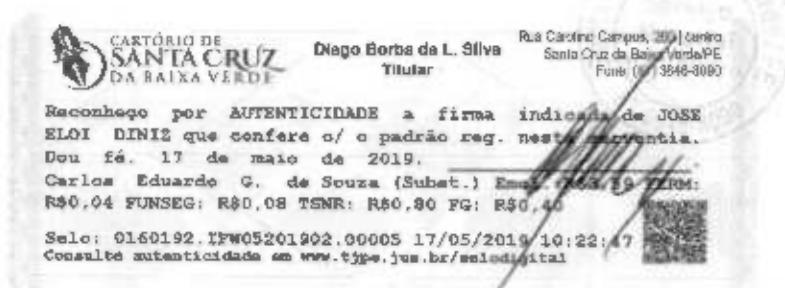
Chassi: **9C2KD0550ER401591**

Data do Acidente: **15 / 03 / 2019**

Local e Data: **Santa Cruz da Baixa Verde – PE, 29/03/2019.**

  
Assinatura do Declarante

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



ARUANA SEGURADORA  
28 MAI 2019

## Relatório de Operação

Nome do Paciente

José Elio Diniz  
Tramunti

Número do Registro

Operador

Dr. Enio Carvalho

Número do Leito

Assistente

Enfermador

Anestesia

Data da Operação

Anestésico Pré-Operatório

Início

Fim

2º Assistente

Anestesista

Duração

Cinqui

Fnt.

Ex-gut ext. II

Anestésico Pós-Operatório

ch

Ação Proposta

Tb. cinqui

Ação Realizada

ch

## DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

P. C. - m. dact. dml

trunghi + Ant. npi.

Desb. lateral + ligação com SF o, 93.

Aproximasi d. F.

lante.

Tb. d.

Dr. Enio K. de Carvalho  
Traumato-Ortopedia  
CRM: 10000ARUANA S. F. R. A. D. O. R. A.  
28 MAI 2013



Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 16/03/2019	Atendimeto: 0011669	Quarto/leito: 301 / 0
<b>Paciente: 00092690 - JOSE ELOI DINIZ</b>		
Data Nasc: 06/03/1954	Idade: 65 Anos	Sexo: Masculino
Estado Civil: Divorciado		
Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: JOAO ELOI DINIZ		Nome Mãe: EXPEDITA CAROLINA DOS SANTOS
Endereço: SITIO SANTA CLARA, 0 CASA		- ZONA RURAL - SANTA CRUZ DA B - PE
Telefones: ( ) . . / ( ) . . / (87) 9880.25387		
Elementos da Ocorrência:		
Acidenta de Transito ( )	Acidente de Trabalho ( )	Outros Acidentes ( )
Suicidio ( )	Casual ( )	Outros ( )
Nome Acompanhanete:		Telefone de Contato: ( ) . .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrencia:		
<b>ANAMNESE E EXAME FISICO:</b>		
<p>Trans. m. coss. E + pr. B d-1 o-1a      Dr + d-1a -</p>		
Diagnóstico Inicial: End. Fim Proxim E + End. S. uterina E		
<p>SADT: Hemoagm + TV/CE + JNP + U + C + ECG + P-est      Radiografia: Ht. Ht.      Rx d. Coss E. R. Rx + Rx Ht E. P/olh/</p>		
Diagnóstico Final: End. Fim Proxim E + End. S. uterina E		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Descrição Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: <u>16/03/19</u>
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	
Piorando ( )	Transferência ( )	Data da Alta: <u>19/03/19</u>
Obito + 48h ( )	Evasão ( )	Local: _____
Obito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Obito em _____ / _____ / _____		
Hora: _____		
<p>Dr. Énio K. de Carvalho      Traumato-Ortopedia      CRM: 16.26      Médico Responsável      ARQUIVADA SFC/URDORA      28 MAI 2013</p>		



Hospital São Vicente

CNPJ 10.280.543/0001-603 - Insc. Estadual - Isenta  
Rua Inocêncio Gomes de Andrade, N.º 603 - centro  
Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE  
CNPJ: 10.280.543/0001-63

**Ficha de Atendimento do Paciente Internação**

Data: 16/03/2019 09:33

Paciente: 00092690 - JOSE ELOI DINIZ

Atend: 0011669

Endereço: SITIO SANTA CLARA, 0 CASA

- Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

- PE

CEP: 56895-000

Tel.: ( ) . / ( ) . / (87) 9880.26387

Sexo: Masculino

CNS:

Nome Pai: JOAO ELOI DINIZ

Nome Mãe: EXPEDITA CAROLINA DOS SANTOS

CPF: 319.828.914.91

Idade: 65 Anos

Dt nasc: 06/03/1954

Profissão: AGRICULTOR

Convenio: PARTICULAR

Estado civil: Divorciado

Medico: Dr(a) ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA - CRM 15926

Quarto/leito: 301 / 0

Atendido por: SAMIRE REGINA DE SA

16/03/19	<b>HISTÓRICO CLÍNICO</b>	
	Pac. admit - Envy	
	# Est. Fim Et. 100% E	
	Pac. internado - H. Cauda	
	co- Hidrogeus + TPI/EP + INR +	
	U + G + ECG + P. Cauda	
	Oriente + Perna + Sopro	
	Dr. Enio K. de Carvalho Traumato-Ortopedia CRM 15926	
17/03/19	Traumato Apt.	
	Pac. admit, torcic, orientado, exames, apel, lidoa, preparo quirúrgico	
	co: Data 200	
	Dr. Enio K. de Carvalho	
	CRM 15926	
17/03/19	Traum - Nox	
	Pac. admitido - H. cintur	

Dr. Enio K. de Carvalho  
Traumato-Ortopedia  
CRM 15926

ARUANA SECURADORA  
28 MAI 2013



Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 16/03/2019

Atendimeto: 0011669

Quarto/leito: 301 / 0

Paciente: 00092690 - JOSE ELOI DINIZ

Cirurgia Realizado:

Do Ombro Ext. Frac  
Proximal Ext. Frac. 5 Met. Soco

N. do Procedimento:

Data: 17/03/19

Início:

Término

Cirurgião: Dr. Enio Carvalho

1º Auxiliar: Dr. André Bonito

2º Auxiliar:

Anestesista: Dr. Luciano Bongi

## DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA:

- ① Pre par tracto sobre o mero & frágil
- ② Anest. + Antisseps + caps estéril em MIE
- ③ Incisão h = 40 cm no p/ trilho do corte e com tensão d/ fraca E. Intertífex + retira h placa DCP + parafuso d/ cunha anterior + caps em SP 0,9%.
- ④ Vindiplast protese comum d/ fraca resistência + fixado com os parafusos interfragmentários + parafuso + fixo caps em tricôntico + c/lo p/ m/ E + parafuso d/ corte + parafuso d/ parafusos interfragm. 60 + placa DCS d/ fraca + 6 parafusos corticais + 1 parafuso sub caps.
- ⑤ Limpeza com SP 0,9% + sistema gr/ flan + curativos
- ⑥ Anest. + Antisseps + caps estéril Assinatura do Cirurgião
- ⑦ Redução com fibronet + fixação d/ 5 Met. caps E + fixo com os p/ + Kirschner 2,0 intercalares sub caps
- ⑧ Curativo + splint m/ 5 ODE

Dr. Enio X de Carvalho  
Traumatologo-Ortopedia  
H. S. V.

ARUANA SECUNDARORA  
28 MAI 2019



**Dr. Énio Kleber de Carvalho Ferreira**

Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

**NOME: JOSÉ ELOI DINIZ**

**LAUDO MÉDICO**

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE JOSÉ ELOI DINIZ TEM HISTÓRIA DE ACIDENTE COM MOTO EM 15/03/2019. APRESENTOU FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO E MÃO ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DESTAS FRATURAS EM 17/03/2019. ESTÁ IMPOSSIBILITADO PARA EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 6 (SEIS) MESES.

CID-10: S-72.1

S-62.3

Serra Talhada, 01 de abril de 2019.

Dr. Énio K. de Carvalho  
Traumato-Ortopedia  
CRM 15926

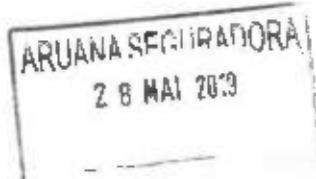
Dr. ÉNIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Traumatologista e Ortopedista

CRM 15926

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, nº 700, Bairro Centro, Serra Talhada – PE

Fones: 99812-2288 (TIM); 98866-5837 (OI); 3831-1659.



## RELATÓRIO MÉDICO

O sr. José Elói Toniz, vítima  
de acidente motociclistico em 15/10/31/19, apresentou

Fro-Jans de Fimur Exwend  
Froo Engwend.

CWTD<sub>10</sub> S 72.1

5 62.5

submetido a tratamento cirúrgico com colocação de placa/parafuso...ou tratamento conservador(imobilização gessada) etc. Atualmente apresenta

limitaciones del movimiento en MJE,  
dificultad para deambular, dificultad  
de tragar o vomitar no cheio. Puedo de-  
fincir el MJE cognitivo teve

alta médica definitiva e conclusão do tratamento em 15/05/2019.

Custodia - 04.07.2017

Jodo Lopes de Barros  
Clínica Médica  
Médico do Trabalho  
CRM-PE: 15.988  
CRM-PB: 10.708

### ~~Assinatura e carimbo do médico~~

ARUANA SEGURADORA  
30 JUL 2023



**Dr. Énio Kleber de Carvalho Ferreira**

Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

**NOME: JOSÉ ELOI DINIZ**

**LAUDO MÉDICO**

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **JOSÉ ELOI DINIZ** TEM HISTÓRIA DE ACIDENTE COM MOTO EM 15/03/2019. APRESENTOU FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO E MÃO ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DESTAS FRATURAS EM 17/03/2019. ESTÁ IMPOSSIBILITADO PARA EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 6 (SEIS) MESES.

CID-10: S-72.1

S-62.3

Serra Talhada, 01 de abril de 2019.

Dr. Énio K. de Carvalho  
Traumato-Ortopedia  
CRM 15926

Dr. Énio KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Traumatologista e Ortopedista

CRM 15926

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, nº 700, Bairro Centro, Serra Talhada – PE

Fones: 99812-2288 (TIM); 98866-5837 (OI); 3831-1659.





# Dr. Énio Kleber de Carvalho Ferreira

Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

**NOME:** JOSÉ ELOI DINIZ

**SOLICITO:**

1. RADIOGRAFIA DE QUADRIL ESQUERDO AP E PERFIL.
2. RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA AP E PERFIL.
3. RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA AP E OBLÍQUO

**POR:**

DOR.

Serra Talhada, 19 de Junho de 2019.

Dr. Énio Kleber de Carvalho  
Traumatologista  
CRM 15926

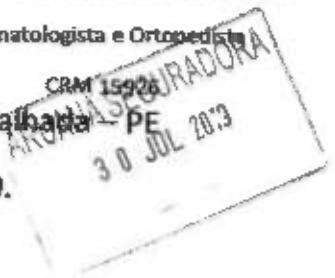
Dr. ÉNIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Traumatologista e Ortopedista

CRM 15926

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, nº 700, Bairro Centro, Serra Talhada - PE

Fones: 99812-2288 (TIM); 98866-5837 (OI); 3831-1659.





# Dr. Enio Kleber de Carvalho Ferreira

Traumatologista e Ortopedista

CRM 15926

**NOME:** JOSÉ ELOI DINIZ

**SOLICITO:**

20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**POR:**

PÓS-OPERATÓRIO fratura de 5º metacarpo esquerdo HÁ CERCA DE 2 MESES.

Serra Talhada, 15 de maio de 2019.

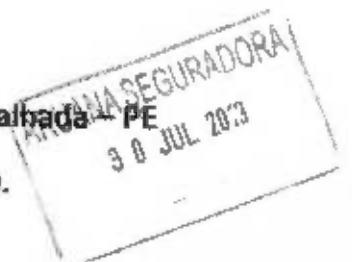
Enio Kleber de Carvalho  
Traumatologista  
CRM 15926

Drº ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Traumatologista e Ortopedista

CRM 15926

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, nº 700, Bairro Centro, Serra Talhada - PE  
Fones: 99812-2288 (TIM); 98866-5837 (OI); 3831-1659.



28 MAI 2023  
ARLINA FERRADORA

## Informações sobre o veículo

**Placa:** OYV-0760

**Espécie/ Tipo:** PAS / MOTOCICLETA

**Marca/ Modelo:** HONDA/NXR150 BROS ES

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada:** 2 / 0 / 149

**Cor predominante:** BRANCA

**Chassi:** 9C2KD0550ER401591

**Combustível:** ALCO/GASOL

**Ano fabricação/ Ano modelo:** 2014

**Categoria:** PARTIC

**Parcelamento/ Cotas:** 3 X 0,00

## Observações

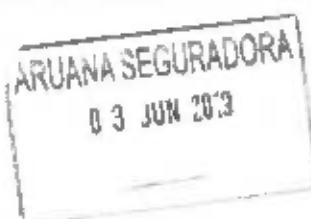
### RESTRIÇÕES

> NADA CONSTA

### VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

Consultar débitos

Localizar o documento do veículo



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ EUDÍVIO BÍNIZDATA DO ACIDENTE 15/03/19CPF DA VÍTIMA 319.828.914-91

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR RUA AGRA MEHON MAGALHÃESNº 127 COMPLEMENTO BARRA Bairro CENTRO  
CIDADE SANTA CRUZ PIAUÍ VERDE UF PE CEP 56895-000  
E-MAIL ALEXSONGOMES@BOL.COM.BR TELEFONE (87) 98866-8988

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

## VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 5023.854.550-00ASSINATURA Jeferson

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

ARUANA SEGURADORA

NOME

28 MAI 2019

ASSINATURA

Tonyell

A ARUANA SEGUROS

A/C ABENILDA BARBOSA

AV. DANTAS BARRETO, 507 - 12º ANDAR SALAS 1214 / 1215

BAIRRO DE SANTO ANTONIO

RECIFER - PE

CRD: 50.010 - 921

Condomínio Edifício  
Antônio Barbosa

27 MAI 2019

Fernando  
Porteiro

20 MAI 2019

DA

ARUANA SEGURO  
28 MAI 2019

Correios	REGISTRADO URGENTE registered priority	PESO (kg) Weight
Recebedor	0173	AR MP
Assinatura	Doc.	

JT 80170038 5 BR



ARUANA DE OLIVEIRA  
28 MAI 2013

**ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA  
RUA AGAMENON MAGALHÃES, Nº 127 – CENTRO  
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE - PE CEP: 56.895-000**

# **PEDIDO DE REANALISE**

## **REQUERIMENTO**

Eu, José Eloi Diniz, brasileiro, divorciado, agricultor, portador da CNH nº 3389226877, órgão expedidor: DETRAN/PE e do CPF: 319.828.914 -91, residente no(a) Sítio Santa Clara, nº 290, Zona Rural, Santa Cruz da Baixa Verde - PE, CEP: 56.870-000, venho requerer, reanálise do processo sinistro 3190/348923 com referência ao valor pago no processo, e, desde já discordo da perícia médica e ao grau de invalidez, pois a mesma não condiz com as lesões sofridas nas quais, ainda me encontro acometido/enfermo desde o acidente em 15/03/2019. Cujo consta na documentação médica apresentada e que foram ignoradas pelo Médico Perito em seu parecer e analise estando em desacordo com a própria tabela de avaliação e ao grau de invalidez(%) vigente na Lei 6.194/1974 observadas as alterações promovidas pelas Lei nº 11.482/2007 e Lei nº 11.945/2009.

Sendo assim conforme o DPVAT e LEI nº 6.194/1974, tenho direito de receber o valor correto conforme invalidez, e que toda documentação existente em anexo comprova as lesões sofridas oriundas do acidente de trânsito.

Nestes Termos,  
Pede e espera Deferimento.

Santa Cruz da Baixa Verde - PE, 28 de Junho de 2019.

  
JOSE ELOI DINIZ



VIAS

SEGURAS

POR VIAS SEGURAS - Associação brasileira de prevenção dos acidentes de trânsito.

PARA ACESSAR O SITE ORIGINAL, CLIQUE AQUI

Imprimir

**DPVAT: tabela de indenização em função do grau de invalidez**

Por Vias Seguras &lt;info@vias-seguras.com&gt; Sábado, 26 de Março de 2011

Valores determinados pela Lei nº 11.482 de 2007, que não foram corrigidos até agora.

**DPVAT - Indenizações para vítimas**

Dano	Percentual	Valor
<b>PERDA TOTAL</b>		
Perda total da visão de ambos os olhos	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambos os braços	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambas as pernas	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambas as mãos	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de um braço e uma perna	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambos os pés	100%	R\$ 13.500,00
Alienação mental total incurável	100%	R\$ 13.500,00

Dano	Percentual	Valor
<b>PERDA PARCIAL - PARTE SUPERIOR</b>		
Perda total da visão de um olho	30%	R\$ 4.050,00
Quando não tiver a outra visão	70%	R\$ 9.450,00
Mudez Incurável	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos cotovelos	25%	R\$ 3.375,00
Anquilose total de um dos punhos	20%	R\$ 2.700,00
Surdez total incurável de um ouvido	20%	R\$ 2.700,00
Surdez total de ambos os ouvidos	40%	R\$ 5.400,00
Anquilose total de um dos ombros	25%	R\$ 3.375,00
Fratura não consolidada de um dos braços	30%	R\$ 4.050,00
Perda total de um dos braços	70%	R\$ 9.450,00
Anquilose total de um quadril	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de uma das mãos	60%	R\$ 8.100,00
Perda do dedo mínimo	12%	R\$ 1.620,00
Perda do dedo anular	09%	R\$ 1.215,00
Perda do dedo médio	12%	R\$ 1.620,00
Perda do indicador	15%	R\$ 2.025,00
Polegar	18%	R\$ 2.430,00
Metacarpiano	25%	R\$ 3.375,00



Dano	Percentual	Valor
<b>PERDA PARCIAL - PARTE INFERIOR</b>		
Fratura não consolidada do fêmur	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada de uma perna	25%	R\$ 3.375,00
Perda total do uso de uma perna	70%	R\$ 9.450,00
Fratura não consolidada da rótula	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um joelho	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos tornozelos	20%	R\$ 2.700,00
Fratura não consolidada de um pé	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de um dos pés	50%	R\$ 6.750,00
Perda parcial de um pé	25%	R\$ 3.375,00
Amputação do primeiro dedo do pé	10%	R\$ 1.350,00
Amputação de qualquer outro dedo do pé	03%	R\$ 405,00
Encurtamento de uma perna de 5 cm ou mais	15%	R\$ 2.025,00
Encurtamento de uma perna de 4 cm	10%	R\$ 1.350,00
Encurtamento de uma perna de 3 cm	06%	R\$ 810,00
Menos que 3 centímetros não tem indenização		

Fonte: <http://www.dpvatbrasil.com.br/dpvatindenizacao.asp>

Indique para um amigo

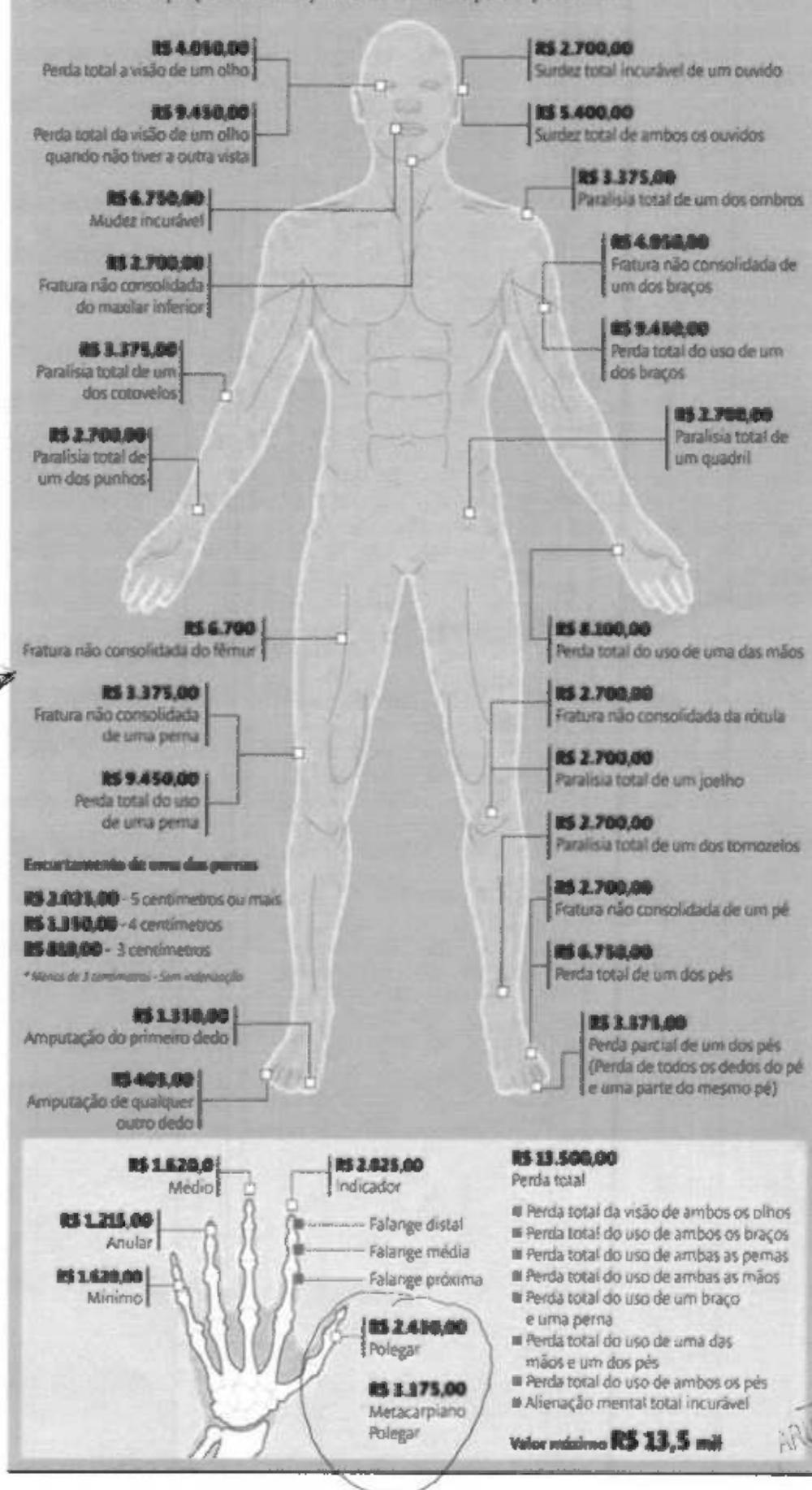
Powered by eZ Publish™ CMS Open Source Web Content Management.  
Copyright © 1999-2012 eZ Systems AS (except where otherwise noted). All rights reserved.

**palavras-chave:** Seguro, DPVAT, indenização, invalidez



## Preço da invalidez

Tabela de indenização para invalidez permanente total ou parcial por acidente



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348923      **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ELOI DINIZ      **Data do acidente:** 15/03/2019      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO  
FRATURA DE MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO DE MOBILIDADE DA MÃO ESQUERDA E ALTERAÇÃO DE DISCRETA ALTERAÇÃO DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, COM MOBILIDADE.

**Resultados terapêuticos:** APRESENTA FÊMUR ESQUERDO COM RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO E ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
DISCRETA ALTERAÇÃO DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, COM MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/08/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTEUDO POR DANO RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA E DANO MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
		<b>Total</b>	<b>5,04 %</b>	<b>R\$ 680,40</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348923      **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ELOI DINIZ      **Data do acidente:** 15/03/2019      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO  
FRATURA DE MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO DE MOBILIDADE DA MÃO ESQUERDA E ALTERAÇÃO DE DISCRETA ALTERAÇÃO DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, COM MOBILIDADE.

**Resultados terapêuticos:** APRESENTA FÊMUR ESQUERDO COM RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO E ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/08/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTEUDO POR DANO RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA E DANO MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

## 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 - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
<b>Total</b>			<b>5,04 %</b>	<b>R\$ 680,40</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348923      **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ELOI DINIZ      **Data do acidente:** 15/03/2019      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 05/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO. FRATURA PROXIMAL DO FÉMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS -PROXIMAL DE FÉMUR; FIOS KIRSCHNER METACARPO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO EM GRAU MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO E RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA. @PAG 1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. 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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: JOSÉ ELOI DINIZ**, brasileiro, divorciado, agricultor, portador da CNH nº 3389226877, data de expedição 07 / 01 / 2015, Órgão: DETRAN/PE, portador do CPF nº 319.828.914-91, residente e domiciliada no Sítio Santa Clara, 290, Zona Rural, Santa Cruz da Baixa Verde - PE, CEP nº 56.895-000.

**OUTORGADO: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA**, brasileiro(a), divorciado, autônomo, portador(a) do RG 5.023.854, órgão expedidor SSP/PE e do CPF: 023.679.274-13, residente no(a) Rua Agamenon Magalhães, nº 090, centro, Santa Cruz da Baixa Verde – PE, CEP: 56.895-000.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **JOSÉ ELOI DINIZ**.

Santa Cruz da Baixa Verde – PE, 28/04/2019.

### outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Diego Barba de L. Silva  
Titular

Rua Camilo Campos, 281, centro  
Santa Cruz de Baixa, 56300-000/PE  
Fone: (83) 3648-8090

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de JOSE ELIO DINIZ que confere c/ o padrão reg. neste documento.  
Dau fé. 17 de maio de 2019.  
Carlos Eduardo G. de Souza (Subst.)   
R\$0,04 FUNSEG: R\$0,00 TMR: R\$0,80 PG: R\$0,40  
  
Selos: G160192.SUN05201902.00004 17/05/2019 10:22:47  
Consulte autenticidade: [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

ARTÍCULOS SECUNDADORA  
28 MAI 2013

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0179723/19

**Número do Sinistro:** 3190348923

**Vítima:** JOSE ELOI DINIZ

**Data do acidente:** 15/03/2019

**CPF:** 319.828.914-91

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE ELOI DINIZ

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

DUT

**JOSE ELOI DINIZ : 319.828.914-91**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 03/06/2019

Data do cadastramento: 03/06/2019

Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Nome: Josyelli de Oliveira Cabral

CPF: 023.679.274-13

CPF: 054.598.464-55

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Josyelli de Oliveira Cabral

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
319.024.8923		319.828.914-91	JOSE ELOI DINIZ	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCI/LAB SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		5 - CPF:
JOSE ELOI DINIZ		319.828.914-91		319.828.914-91
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:
AGRICULTOR		SITIO SANTA CLARA		290
10 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:
ZONA RURAL		SANTA CRUZ DA BAHIA VERDE		PE
14 - CEP:		15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):
56.895-000		ALECKSONGOMES@GOL.COM.BR		(87) 38866-8988
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<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: 65.566	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado Civil da Vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (não Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data de Óbito da Vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima Viva: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (mínascer)?
28 - Vítima Viva: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (mínascer)?
31 - Vítima Viva: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos?
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o pedido		35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido		
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido		38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____		
37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido		Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data, _____, _____		39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura da testemunha		
43 - Assinatura do Procurador (se houver)		Assinatura da testemunha		

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTIMUNHAS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SC 0000 726 0101  
DIVISORIA 0000 726 7474

140-607114004-1

20/01/2019 HORA DF 09:08:26

LOG: 15.014018-6 TERM: 017363  
LOCALIDADE: SANTA CRUZ DA SERRA VERDE  
AG. VINCULADA: 0014 CONTROLE: 102951529

DEPOSITO EN DINHEIRO

0014 013 00065566-0

JOSE ELTON DINIZ

VALOR 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

140-607114004-1

1a VIA

ARUANA ECONOMICA  
01/01/2019

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 Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190348923**

**Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

**O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190348923**

**Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

DUT não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 19 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190348923**

**Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

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 ARUANA SEGURADORA S/A, 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, 25 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190348923**      **Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.632,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%  
Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%  
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =      R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%  
Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%  
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: JOSE ELOI DINIZ**

**Valor: R\$ 2.632,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000914**

**Conta: 0000065566-0**

**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,

