
Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200248293

Vítima: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

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, contados 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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200248293

Vítima: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: **JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000687-4**

Conta: **000000018870-0**

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



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: 950.353.463-15 4 - Nome completo da vítima: Joel Rodrigues do Nascimento

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

5 - Nome completo: Joel Rodrigues do Nascimento 6 - CPF: 950.353.463-15
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: R. Baqueirão 9 - Número: 29 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Boa Viagem 13 - Estado: PE 14 - CEP: 63870-000
15 - E-mail: jrodriguesdpvat@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 1881988359103

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: 0687 CONTA: 0038870
(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.

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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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) nascitor? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Boa Viagem, PE 19/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 510 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/06/2020 11:14:52**
Data / Hora da Ocorrência: **17/11/2019 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROÇAL, ZONA RURAL - BOQUEIRÃO BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO**
Nascimento: **09/07/1977** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO**
JOSE CHAGAS DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO BOQUEIRAO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **BOA VIAGEM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99317-9842**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSS6318** Uf: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi:
9C2KD0550ER311286 Renavam: **1005998679** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

NÃO HÁ INDENIZAÇÃO DPVAT SE A VÍTIMA ESTAVA PRATICANDO UM CRIME COM O VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE, INFORMATIVO 604 DO STJ.

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava pilotando a motocicleta acima mencionada, que esta MOTO está LICENCIADA em nome de FRANCISCO JEFFERSON RODRIGUES ALMEIDA, que a vítima vinha pilotando esta motocicleta na estrada carroçal da localidade de Boqueirão, que o declarante afirma ter buscado uma saca de milho nesta localidade e colocado nesta moto e que bateu em uma broca e desequilibrou desta moto, fazendo com que a mesma caísse por cima de sua perna direita, que foi socorrido até o HOSPITAL CASA de SAÚDE ADÍLIA MARIA, que a vítima SOFREU: uma pancada muito forte na sua perna direita, fratura na perna direita, que a vítima trouxe a esta delegacia 2 testemunhas, e que a vítima estava ciente NÃO POSSUIR CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO e nada mais disse///

Estando ciente de que, por não ser habilitado(a), cometeu a infração preceituada no art. 162, I, do C.T.B, o que poderia, inclusive, ter configurado o delito tipificado no art. 309 do C.T.B, CASO ESTIVESSE conduzindo o veículo GERANDO PERIGO DE DANO (crime de perigo concreto).



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

Impresso nº 2020359948



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 510 / 2020

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30119541

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Rodrigues do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIANA CAMINHA SIMÕES - MAT.: 301255-3-3

TEST. 01: Jefferson Rodrigues da Silva

TEST. 02:

Francisca Elton do Nascimento Aguiar

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:

950.353.463-15

4 - Nome completo da vítima:

Joel Rodrigues do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo:

Joel Rodrigues do Nascimento

6 - CPF:

950.353.463-15

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Rt. Baqueirão

9 - Número:

29

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Boa Viagem

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

63870-000

15 - E-mail:

joelrodriguesdpvat@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

1881988359103

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)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0687

CONTA:

0018870

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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



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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter 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)

☐ Divorciado

☐ 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(bem-bem)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/idos 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não informado

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:

Boa Viagem, PE 19/06/2020

Joel Rodrigues do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

7951740

Para aplicar seu medidor, utilize o nº acima sempre que enviar um e-mail ao cliente.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 037948658

Rota BV333R04 - 1186000
 Nome MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO
 Endereço DT BOQUEIRÃO, 00029, DT BUQUEIRÃO, 61670-000, BOA VIAGEM
 Classificação Rural Residencial Rural
 Modalidade Tarifa B7 RURAL
 Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO
 1135.4217.9764.4412.0769.0707.966.0732

DATAS DE LEITURA F.P.: 33 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
17-10-2019	17-11-2019	19-12-2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo Mês (kWh)	Consumo Mês (kWh) incl.	Consumo Mês (kWh) excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
BT	25.250	25.195	1.60	151	00	0,55377	89,62

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,55377
ADICIONAL BAND. AMARELA	43,62
ADICIONAL BAND. VERMELHA	1,30
	4,96

enel

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética de Ceará
 Rua Pedro Vaz de Melo, 150
 CEP 60120-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGC 06.105.849-3

Referência 11/2019
 Emissão 19/11/2019
 Medidor 768144-SCH-001

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	89,88	27,00	24,27
PIS	89,88	0,04	0,04
COFINS	89,88	0,30	0,26

Data de vencimento	27/12/2019	Valor a pagar	89,88
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ 222.218.833-49	
EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emitido kg (CO ₂) Compensado kg (CO ₂) Consciência Ecológica (%CO ₂)			

RECEITA DE PAGAMENTO

FATURADO POR MÊS - LEITURA BILATERAL

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 18/10 - 31/10
 Vermelha : 01/11 - 19/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC. NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 24X SEM JUROS, PELO 1800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

MES/ANO	VALOR (R\$)
09/2019	96,28
Total:	89,88

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, FRANCISCO JEFFERSON RODRIGUES ALMEIDA,

RG nº 20072133664, data de expedição 19/02/2010.

Órgão _____, portador do CPF nº 042.044.683-08,

com domicílio na cidade de Boa Viagem, no Estado de

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

FAZENDA BOQUERAÕ, nº _____,

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

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

JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO, cujo o condutor era

JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO.

Veículo: Motociclo Modelo: HONDA/NXR 150 BAOS Ano: 2013/2014

Placa: 0SS 6318 Chassi: 9C2KD0550ER311286

Data do Acidente: 17/11/2019.

Local e Data: Boa Viagem - 19/06/2020.

Francisco Jefferson Rodrigues Almeida

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE Nº 015701250192
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIG 1 1005998679 0000000000 2019

FRANCISCO JEFFERSON RODRIGUES ALMEIDA
BOA VIAGEM / CE

CPF / CNPJ 04204462308 PLACA OSS6318/CE

PLACA ANT / UF *****/CE QUASSI 9C2KD0550ER311286

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP / POT / cil 2P/0CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

1 COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º *****
2º *****
3º *****
V VENC. COTA ÚNICA 2º *****
3º *****
A

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 ICF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 18/09/2019

BOA VIAGEM LOCAL 05/11/2019

Ligor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 015701250192 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04204462308 OSS6318 /CE

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

15701250192 10028703134

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2019 05/11/2019

VIA 1 04204462308 PLACA OSS6318

RENAVAM 1005998679 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013 DATA TEST 09 IN CHASSI 9C2KD0550ER311286

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$) 36.05 DETRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.32 COTA ÚNICA 18/09/2019

PROTEÇÃO PARCELADO

SEURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.804/0001-04

MOTOR: KD05E5E311286

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200248293 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195700/20

Vítima: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

CPF: 950.353.463-15

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO : 950.353.463-15

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: 13/07/2020
Nome: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO
CPF: 950.353.463-15

JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA