

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033051

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO JOSE DE MELO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDUARDO JOSE DE MELO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002191

Conta: 000984680065-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

686.917.184-04 EDUARDO JOSE DE MELO

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

5 - Nome completo: EDUARDO JOSE DE MELO 6 - CPF: 686.917.184-04
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA FERA FERIDA 9 - Número: 06 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CRUZ DE REBOÇA 12 - Cidade: JGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53620-123
15 - E-mail: RECUSA 16 - Telefone: 81985492354

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 9191 CONTA: 984680065 2 AGÊNCIA: CONTA:

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

Pelo motivo acima, 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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: ☐ 30 - Vítima deixou irmãos(ãs)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estima cliente 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 cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JGARASSU 03 DE DEZEMBRO DE 2019

X Eduardo José de Melo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033051

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO JOSE DE MELO

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC DIM/8ª DESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0120001788**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2019** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ACERRA, 1 - Bairro: ELDORADO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IRMAI LOPES DE MOURA (OUTRO)
EDUARDO JOSÉ DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO JOSÉ DE MELO**

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

EDUARDO JOSÉ DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA SEVERINA DE MELO Pai: SEVERINO JOSÉ DE MELO Data de Nascimento: 27/7/1969 Naturalidade: SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 50763100/SSP/PE (RG), 68691718404 (CPF), 05056270199 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares: - 985713414

Endereço Residencial: **RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IRMAI LOPES DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA FRANCISCA DE MOURA Pai: JURANDIR LOPES DE MOURA Data de Nascimento: 21/1/1979 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5434010/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Endereço Residencial: RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IRMAI LOPES DE MOURA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDUARDO JOSÉ DE MELO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKB3201 (PERNAMBUCO/IGARASSU) Renavam: 192052292 Chassi: 9C2JC4230AR106092**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010 Combustível: GASOLINA**

Complemento / Observação

VEIO A ESTA DEPOL A VÍTIMA INFORMAR QUE NO DIA 06/10/2019 CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI DESCRITA PELA RUA ACERRA, BAIRRO DA BAIXA VERDE, ITAMARACÁ QUANDO A CORRENTE DO VEÍCULO CAIU E O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, QUE APÓS A QUEDA A VÍTIMA FOI PARA CASA E POR SENTIR MUITAS DORES NO BRAÇO DIREITO PROCUROU A UPA DE IGARASSU NO DIA SEGUINTE E APÓS ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Eduardo José de Melo.

EDUARDO JOSÉ DE MELO
(VITIMA)



B.O. registrado por: LEANDRO CINTRA BEZERRA - Matrícula: 273001-4


LEANDRO CINTRA BEZERRA
AGENTE DE POLÍCIA
CHEFE ADMINISTRATIVO
Matrícula - 273001-4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC DIW8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0120001788**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2019** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **6/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ACERRA, 1 - Bairro: ELDORADO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IRMAI LOPES DE MOURA (OUTRO)
EDUARDO JOSÉ DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO JOSÉ DE MELO**

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

EDUARDO JOSÉ DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA SEVERINA DE MELO Pai: SEVERINO JOSÉ DE MELO Data de Nascimento: 27/7/1969 Naturalidade: SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 50763100/SSP/PE (RG), 68691718404 (CPF), 05056270199 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares: - 985713414

Endereço Residencial: **RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IRMAI LOPES DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA FRANCISCA DE MOURA Pai: JURANDIR LOPES DE MOURA Data de Nascimento: 21/1/1979 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5434010/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Endereço Residencial: RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IRMAI LOPES DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO JOSÉ DE MELO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **NÃO**

Côr: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKB3201 (PERNAMBUCO/IGARASSU)** Renavam: **192052292** Chassi: **9C2JC4230AR106092**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

VEIO A ESTA DEPOL A VÍTIMA INFORMAR QUE NO DIA 06/10/2019 CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI DESCRITA PELA RUA ACERRA, BAIRRO DA BAIXA VERDE, ITAMARACÁ QUANDO A CORRENTE DO VEÍCULO CAIU E O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, QUE APÓS A QUEDA A VÍTIMA FOI PARA CASA E POR SENTIR MUITAS DORES NO BRAÇO DIREITO PROCUROU A UPA DE IGARASSU NO DIA SEGUINTE E APÓS ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Eduardo José de Melo.

EDUARDO JOSÉ DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: LEANDRO CINTRA BEZERRA - Matrícula: 273001-4


LEANDRO CINTRA BEZERRA
AGENTE DE POLÍCIA
CHEFE ADMINISTRATIVO
Matrícula - 273001-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **686.917.184-04** 4 - Nome completo da vítima: **EDUARDO JOSE DE MELO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

 5 - Nome completo: **EDUARDO JOSE DE MELO** 6 - CPF: **686.917.184-04**
 7 - Profissão: **RECUSA** 8 - Endereço: **RUA FERA FERIDA** 9 - Número: **06** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **CRUZ DE REBOÇA** 12 - Cidade: **SGARASSU** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53620-123**
 15 - E-mail: **RECUSA** 16 - Tel (DDD): **21985492354**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECLAMAR INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

 21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____

 AGÊNCIA: **2191** ☐ CONTA: **984680065** ☐ AGÊNCIA: _____ ☐ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou marido(a) ou esposa? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/mãe vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data: **SGARASSU 03 DE DEZEMBRO DE 2019**

 x **EDUARDO JOSE DE MELO**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO JOSE DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000984680065-2

Nr. da Autenticação E7D233922BE91676

RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



10/10/2019

Aç

DADOS DO CLIENTE!
IRAMAI LOPES DE MOURA

DATA DE VENCIMENTO

04/12/2019

DATA

27/

DATA

27/

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,29

NÚME

086

ENDEREÇO

RUA FERA FERIDA 6 -CENTRO/CRUZ DE
REBOUCAS -53620-123 IGARASSU PE -

PERÍODO CONSUMO

28/10/2019 a 27/11/2019

CONSUMO

48

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PA

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7011272503

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,29

VENCIMENTO

04/12/2019

838800000003 232900110075 011272503105 144174267132



00535014



PC-00

SONIA MARIA LINS DE SOUZA
R ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338
CENTRO
53610-433 IGARASSU - PE

27/10/19

Postagem: 27/10/2019
Vencimento: 11/11/2019
Emissão: 26/10/2019
Fechamento próxima fatura: 26/11/2019

Titular **SONIA MARIA LINS DE SOUZA**
Cartão 5358.XXXX.XXXX.0568

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melho

encimento

RECIFE PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

DADOS DO CLIENTE!
IRAMAI LOPES DE MOURA

DATA DE VENCIMENTO

04/12/2019

DATA

27/

DATA

27/

NÚME

086

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,29

ENDEREÇO

RUA FERA FERIDA 6 -CENTRO/CRUZ DE
REBOUCAS -53620-123 IGARASSU PE -

PERÍODO CONSUMO

28/10/2019 a 27/11/2019

CONSUMO

48

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do Imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PA

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7011272503

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,29

VENCIMENTO

04/12/2019

838800000003 232900110075 011272503105 144174267132



Atendimento: 1140027

Senha da Classificação:

Data e Hora: 07/10/2019 19:27

0128

Paciente: 207258 EDUARDO JOSE DE MELO Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Branca Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Data do Nascimento: 27/07/1969 Idade: 50 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: SEBASTIANA SEVERINA DE MELO Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE MELO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: FERA FERIDA 6 Bairro: ENCANTO IGARASSU
Cidade/UF: IGARASSU PE Cep: 53620123 Usuário Atendimento: MARIA ALVES
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS: 700204921880434
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg
DATA: 07, 10, 19 HORA: 19:27

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

-DOR em punho @ há 3 dias após queda de mão
com dor e fadiga na mão

EXAME FÍSICO:

Hematomas/ergimentos no punho @

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura da diáfise da ulna

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

RX: fratura transversa 1/3 ULNA

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) DIETA LIVRE	
2) TALA ALINO-PAVIA @	
3) DILPIRAM 50 + AD IV 6/6h 2100ml	
4) PROFENID 100mg 1x 1 2100ml	
5) Colocar 5- URS de consumo	

Médico / Cremepe:

Dr. Wagner Alhaydi
Médico Ortopedista
CRM 12345 - TEOT 1255

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

(X) Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

**UPA24h**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IGARASSUSISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

GESTÃO



DATA: 07/10/19 HORA: 22:15

1. IDENTIFICAÇÃO

EDUARDO JOSE DE MELO

HISTÓRICO

Nome: _____
Procedência: _____Idade: 50 Nº do atendimento: _____
Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fratura ulna

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
() Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras _____

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normopigado () Hipocorado () Acianótico () Cianótico () Arfético () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MML () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Orientado () Desorientado () Inconsciente () Torporoso () Sedado PUPILAS: () Olho direito
() Olho esquerdo () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Afebril () Febril T. AXILAR = _____ °C FR _____ bpm Sat O2 = _____ % () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepítantes FC _____ bpm
PA: _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia
() Perfêrico LOCAL: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Plano
() Doloroso () Acítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal
() Mucoso () Líquido () Malena () Odor fétido () Odor característico EMASE Aspecto: () Hematêmase () com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistotomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTAÇÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

Gesta: _____ Para _____ Aberto DUM _____ IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdas vaginais: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Eduardo Jesse Registro: _____

Responsável: _____ Contato: _____

Data/Hora	
08/10	Paciente inserido em convênio perna
01:50	630.277.
	Drogado 043
	230
08/10/19	Paciente em ECG, com ritmo normal, sem alterações, apenas com afecção leve da condução.
21:00h	Paciente em ECG, com ritmo normal, sem alterações, apenas com afecção leve da condução.
08/10/19	Paciente em ECG, com ritmo normal, sem alterações, apenas com afecção leve da condução.
21:00h	Paciente em ECG, com ritmo normal, sem alterações, apenas com afecção leve da condução.
08/10/19	Paciente em ECG, com ritmo normal, sem alterações, apenas com afecção leve da condução.
08:30	Paciente em ECG, com ritmo normal, sem alterações, apenas com afecção leve da condução.

Marcelo Mendes de Lima
CRM: 145692-ENG

Andre Luiz da Corroia
CRM: 145692-ENG

Dr. Ana Carolina Oliveira
CRM: 145692-ENG



Admissão: 326810

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que EDUARDO JOSE DE MELO compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

☐ Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).

☒ Necessitando de (30) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.

☐ Como acompanhante.

☐ Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provida pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 16:21

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

DR. JUAREZ SEBAS
Ortopedia e Cirurgias
CRM-PE 155651 CIMA
Especialista em Ortopedia



Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

CID 10:

S52.2

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ULNA DIAFISE DIR
COM PLACA DCP 3,5MM E PARAFUSOS
EM 14/10/2019
MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1- REALIZAR EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE DEDOS; MARCAR FISIOTERAPIA MOTORA DA MÃO;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PEGUE PESO COM O LADO OPERADO.
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 8H;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR — 30 — (—) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 16:23

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-SA 17000
TEOT: 44983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM:



Armando Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1a. via - Farmácia / 2a. via - Paciente

Identificação do Paciente: 326810

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Endereço: RUA FERA FERIDA - Bairro: CRUZ DE REBOUÇAS - IGARASSU - PE

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

LIGICOD (paracetamol + fosfato de codeína 30+500mg) ----- 1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor
Nome:		
Identidade:		
Órgão emissor:		
Endereço:		
Cidade:	PE:	Assinatura do Farmacêutico
Telefone:		Data / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
15595

14/10/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 16:21


DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17546
FEQT: 11963
Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª. via - Farmácia / 2ª. via - Paciente

Identificação do Paciente: 326810

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Endereço: RUA FERA FERIDA - Bairro: CRUZ DE REBOUÇAS - IGARASSU - PE

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

* LGICOD (paracetamol + fosfato de codeína 30+500mg) ----- 1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

Nome:

Identidade:

Órgão emissor:

Endereço:

Cidade:

PE:

Telefone:

Assinatura do Farmacêutico

Data / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
15595

14/10/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 às 16:21


DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-SA 1703
TEGT: 11554

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 VILA RUSTO DO CERRADO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 UNIDADE ADMINISTRATIVA DE HABITUAÇÃO

EDUARDO JOSE DE MELLO

1107222811

**VALIA EM TODAS
 E VERIFICAÇÕES NACIONAIS**

1107222811

EDUARDO JOSE DE MELLO

CPF: 50763105-087-02

RG: 986.917.154-08

DT. EXP: 27/07/1969

PLAC: EDUARDO JOSE DE MELLO

SEBASTIANA SEVENTINA DE MELLO

END: [REDACTED]

ACC: [REDACTED]

DE: [REDACTED]

PRESENTE: [REDACTED]

VALIDADE: 05/02/2010

VALIDAÇÃO: 19/10/2010

DATA/ORA: [REDACTED]

PAR OBSERVAÇÕES: [REDACTED]

EDUARDO JOSE DE MELLO

DATA: 25/08/2010

VALIAÇÃO: 25/08/2010

1107222811

1107222811

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

UNIDADE ADMINISTRATIVA DE HABITUAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033051 **Cidade:** Ilha de Itamaracá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679289 **Cidade:** Ilha de Itamaracá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: EDUARDO JOSE DE MELO

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

IDENTIDADE: 50763100 CPF: 686.917.184-04

ENDEREÇO: RUA FERRA FERIDA N: 06 CENTRO/CRUZ DE REUSAS
IGARASSU/PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

IDENTIDADE: 5862034 CPF: 042.760.234-32

ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO N: 332
CENTRO - IGARASSU/PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante Procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me Perante as SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório-DPVAT.

TERMANCI 17 de OUTUBRO 2019



EDUARDO JOSE DE MELO.

=Assinatura do Outorgante=

Por autenticidade

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: EDUARDO JOSE DE MELO

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

IDENTIDADE: 50763100 CPF: 686.917.184-04

ENDEREÇO: RUA FERRA FERIDA N: 06 CENTRO/CRUZ DAS REBAS
JGARASSU/PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

IDENTIDADE: 5962034 CPF: 042.760.234-39

ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISTO DE CARVALHO N: 338
CENTRO - JGARASSU/PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante Procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me Perante as SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório-DPVAT.



ITAMARACI 17 de outubro 2019

 EDUARDO JOSE DE MELO
=Assinatura do Outorgante=
Por autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028008/20

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

CPF: 686.917.184-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 06/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO JOSE DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA : 042.760.234-32

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

EDUARDO JOSE DE MELO : 686.917.184-04

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: 21/01/2020
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434780/19

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

CPF: 686.917.184-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 06/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO JOSE DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA : 042.760.234-32

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

EDUARDO JOSE DE MELO : 686.917.184-04

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: 05/12/2019
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso