



Número: **0000446-58.2020.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**

Última distribuição : **05/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70873068	16/11/2020 14:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302013

Vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

Data do Acidente: 21/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

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

Carta nº 16062318





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

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302013

Vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

Data do Acidente: 21/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

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 dos ombros
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: **AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000084756-0**

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, 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302013 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MORAES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE + FIOS DE KIRSCHENER)
ALTA MEDICA (P1/2/3/4/5FC)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 EM GRAU MODERADO DO OMBRO
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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 037.396.654-75 4 - Nome completo da vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 048/2013

5 - Nome completo: AMILTON LEANDRO DE SOUZA 8 - CPF: 037.396.654-75

7 - Profissão: Agricultor 9 - Número: 2100 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: SIERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.950-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DD): 87.99992-1477

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.301,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.300,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BANCÁRIO (informar o banco e a agência) ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO NÃO BANCÁRIO (informar o nome e o endereço)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (137) ☐ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 014 13 CONTA: 84756 0 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- o Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- o O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- o O IML que atenda 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 de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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, ou discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado

24 - Se a vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não

25 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

35 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

36 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

37 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

38 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

39 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

40 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

41 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

42 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

43 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

44 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

45 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

46 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

47 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

48 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

49 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

50 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

51 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

52 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

53 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

54 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

55 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

56 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

57 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

58 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

59 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

60 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

61 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

62 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

63 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

64 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

65 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

66 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

67 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

68 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

69 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

70 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

71 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

72 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

73 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

74 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

75 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

76 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

77 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

78 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

79 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

80 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

81 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

82 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

83 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

84 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

85 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

86 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

87 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

88 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

89 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

90 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

91 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

92 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

93 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

94 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

95 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

96 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

97 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

98 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

99 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

100 - Se a vítima deixou filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

34 - Imprescindível: Assinatura digital da vítima ou beneficiário não efetuada

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rgo): _____

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

40 - Local e Data: SIERRA TALHADA - PE 20/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Amilton Leandro de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267002731**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2020** às **09:09**

Complementa o BO Número: **20E0267002239**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **21/5/2020** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **FAZENDA CAPITAO PROXIMO DE BOM NOME, ESTRADA DA FAZENDA CAPITAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
AMILTON LEANDRO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SOFIA DE SOUZA FEITOZA MARAIS Pai: JOSE CICERO DE MORAIS Data de Nascimento: 12/8/1978 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SITIO CAPITAO MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, DISTRITO DE BOM NOME - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, DISTRITO DE BOM NOME**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KKB9E57** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **930717732** Chassi: **9C2KC08107R198639**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTE BOE A MESMA JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTE PROCEDIMENTO QUE COMUNICA QUE EM DATA HORA E LOCAL QUANDO TRAFEGAVA PELA ESTRADA QUE DA ACESSO AO SITIO CAPITAO LOCAL ONDE RESIDE A VITIMA APOS TER PASSADO A NOITE EM UM VELORIO DE SUA AVO E ESTAVA VOLTANDO PARA SUA CASA QUANDO CHEGOU A DORMIR E PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO VINDO A CAIR ONDE TEVE A GRAVICULA DO LADO DIREITO QUEBRADA O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPAN NA DATA DE 22 DE JULHO DEVIDO MORAR LONGE DA CIDADE O MESMO FOI MEDICADO NO HOSPAM E DEPOIS TRANSFERIDO PARA A CASA DE SAUDE SAO VICENTE ONDE FOI OPERADO A MOTO SE EMCONTRA EM DE JOSE CICERO DA SILVA O QUAL E SEU GENITOR POR ESTE MOTIVO FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREITO.

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA
(VITIMA)

Amilton Leandro de Souza

B.O. registrado por: *Silvio Romero* **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: **384864-7**





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267002239**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2020** às **16:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **21/7/2020** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **FAZENDA CAPITAO PROXIMO DE BOM NOME, ESTRADA DA FAZENDA CAPITAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR | AGENTE)
AMILTON LEANDRO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SOFIA DE SOUZA FEITOZA MARAIS Pai: JOSE CICERO DE MORAIS Data de Nascimento: 12/8/1978 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SITIO CAPITAO MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, DISTRITO DE BOM NOME - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, DISTRITO DE BOM NOME**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMILTON LEANDRO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KKB9E57 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **930717732** Chassi: **9C2KC08107R198639**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTA



BOE A MESMA JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTE PROCEDIMENTO QUE COMUNICA QUE EM DATA HORA E LOCAL QUANDO TRAFEGAVA PELA ESTRADA QUE DA ACESSO AO SITIO CAPITAO LOCAL ONDE RESIDE A VITIMA APOS TER PASSADO A NOITE EM UM VELORIO DE SUA AVO E ESTAVA VOLTANDO PARA SUA CASA QUANDO CHEGOU A DORMIR E PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO VINDO A CAIR ONDE TEVE A GRAVICULA DO LADO DIREITO QUEBRADA O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPAN NA DATA DE 22 DE JULHO DEVIDO MORAR LONGE DA CIDADE O MESMO FOI MEDICADO NO HOSPAM E DEPOIS TRANSFERIDO PARA A CASA DE SAUDE SAO VICENTE ONDE FOI OPERADO A MOTO SE EMCONTRA EM DE JOSE CICERO DA SILVA O QUAL E SEU GENITOR POR ESTE MOTIVO FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREITO.

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA
(VITIMA)

Amilton Leandro de Souza

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: **384864-7**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 037.396.654-75 4 - Nome completo da vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPSP Nº 048/2013

5 - Nome completo: AMILTON LEANDRO DE SOUZA 8 - CPF: 037.396.654-75

7 - Profissão: Agricultor 9 - Número: 2100 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: SIERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.950-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DD): 87.99992-1477

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.301,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.300,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BANCÁRIO (informar o banco e a agência) ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO NÃO BANCÁRIO (informar o nome e o endereço)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (137) ☐ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 014 13 CONTA: 84756 0

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- o Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- o O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- o O IML que atenda 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 de 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, ou discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado

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

26 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 28 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 29 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da Lei, que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentaram e provaram 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 efetuada

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogo): _____ 36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogo): _____ 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de testemunha: _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de testemunha: _____

40 - Local e Data: SIERRA TALHADA - PE 20/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Amilton Leandro de Souza Junior

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (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: 08/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000084756-0

Nr. da Autenticação 2EB8F581E322552E



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



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE CICERO DE MORAES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CAPITAO 2100

CPF: 220.451.354-15

30M NOME - REGIAO RURAL/BOM NOME
SAO JOSE DO BELMONTE PE
56950-000

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

NUMERO DE CONTADOR	SERIE	DATA DE VENCIMENTO
107224811	UNICA	12/05/2020
DATA DE EMISSÃO	NUMERO DE FATURA	NUMERO DE CONTADOR
12/05/2020	2001589122	3563102

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA	05/2020
DATA DE VENCIMENTO	19/05/2020
DATA DE EMISSÃO	09/06/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	59,22

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	96,0000000	0,32972591	31,07
Consumo Ativo (kWh)-TE	96,0000000	0,27226268	26,13
ICMS Subvenção-CDE-NF 100194229-11/03/20			0,40
Multa por atraso-NF 103841064-08/04/20			1,01
Juros por atraso-NF 103841064-09/04/20			0,35
Atualização IGPM-NF 103841064-09/04/20			0,28

TOTAL DA FATURA

59,22

Digitalizado com CamScanner



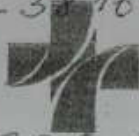
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:58:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614581374200000069488316>
Número do documento: 20111614581374200000069488316

Num. 70873068 - Pág. 11

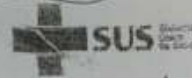
Fone: 8499996-3802 -
84-95841-3816



PERNAMBUCO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



9996 3802

11:40

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 29

Data:	12-05-2020	Hora:	11:56
Nome:	Antonio Fernandes de Souza Junior		
Nome Social:			
Nascimento:	12-05-18	Sexo:	M
Escolaridade:			
Mãe:	Sofia de Souza Feijó Moraes		
Endereço:	R. Capim		
Bairro:	M. H.		
Cartão SUS:	RG/CPF: 55.571.009-7		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
		Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☒ VERDE

☐ AZUL

Situação/Qualidade:

Paciente com clavícula D após queda de moto ontem

U.S.O. D.M.O.

PA: 120x80 Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso: N. S. S.

Intolerâncias/Alérgias: N. S. S.

Fluxograma:

Do Ortopedista / Clínica

Carimbo e Assinatura:

Maga W. S. Bezerra
CRM 17.111
COREN-PE 341.924

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Pac. comparece com queixa de queda de moto há aprox. 20h e se queixa de dor em topografia de clavícula D. Não alergia a medicações.

Tratamento:

- 1) Radiografia de tórax em PA e perf.
- 2) Radiografia de ombro D. em PA e perf.
- 3) Voltaren - 100mg, 1x1
- 4) Dipirona - 1 Ampola, 1x1

Hipótese Diagnóstica:

Tran. da clavícula

Carimbo e Assinatura:

Paciente, encaminhado p/ H. Sem lesões



CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			
Carimbo e Assinatura:				

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras questões:

Pt. retorna com a radiografia solicitada,
a qual mostra fratura de clavícula D.
CD: Transfêrencia



Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> Hb | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Triponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar





Ministério da Saúde
União de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

248860

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 6 1 2 3 9 5 4 5 4 8 0 0 0 5

8 - DATA DE NASCIMENTO

12 / 08 / 1978

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

SOFIA DE SOUZA FEITOZA MORAES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO CAPITAO Nº 2100 BOM NOME

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SÃO JOSE DO BELMONTE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2613503

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 9 5 0 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Assim, paciente com MS 7, deficiente de percepção e função de Edees, dos e histerese de 100% de 100%

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames de laboratório de 100% de 100%

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01404010150

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

54 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

55 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

56 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

57 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

58 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

59 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

60 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

262010489553-0

02

26-05-2020

26-05-2020

26-05-2020

26-05-2020

26-05-2020

26-05-2020

26-05-2020

26-05-2020



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 26/05/2020	Atendimento: 0036408	Quarto/leito: 306 / 1
Paciente: 00248860 - AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES		
Data Nasc: 12/08/1978	Idade: 41 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: SERRA TALHADA	Estado Civil: Solteiro
Nome Pai: JOSE CICERO DE MORAES	Nome Mãe: SOFIA DE SOUZA FEITOZA MORAES	
Endereço: SÍTIO CAPITÃO, 2100	- BOM NOME - SÃO JOSE DO BEL - PE	
Telefones: () / () / (87) 9996.3802		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicídio ()	Casual ()	Agressão ()
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:		
<p><i>Doença Prevalente RSD de personalidade pre-existente de caráter D. de caráter mais - de caráter D</i></p>		
Diagnóstico Inicial: <i>TRAT. CIRURGIA</i>		
SADT:		
Diagnóstico Final:		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X) Inalterado () Piorando () Óbito + 48h () Óbito - 48h ()	Descrição Médica (X) Alta a Pedido () Transferência () Evasão () Indisciplina ()	Data do Internamento: <i>26.5.20</i> Data da Alta: <i>28.05.20</i> Local: _____ Hora: _____
Obito em ____/____/____		Medico Responsável <i>[Assinatura]</i> Pedro Augusto Feres de Carvalho CPF: 024.223.204-30 CRM: 18558



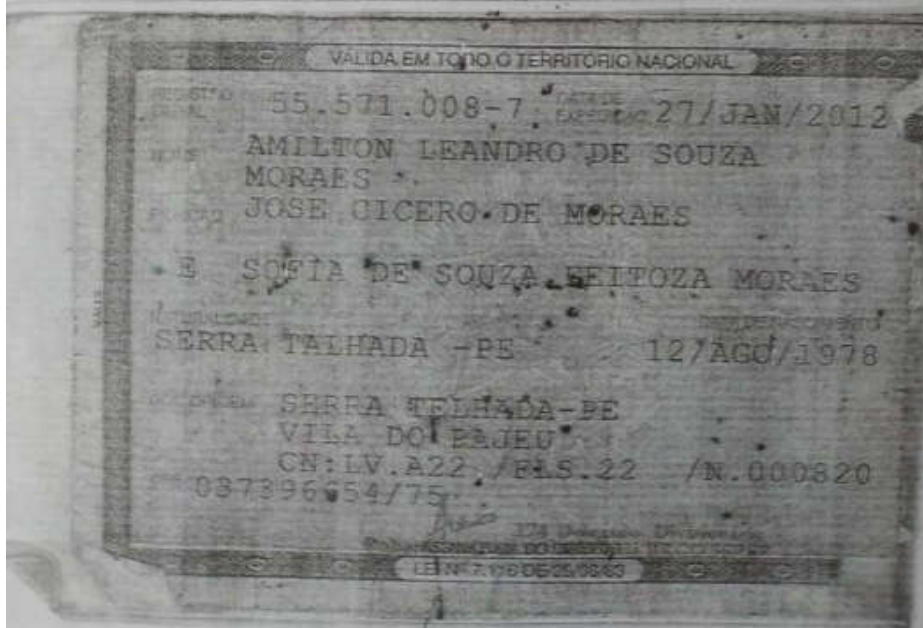
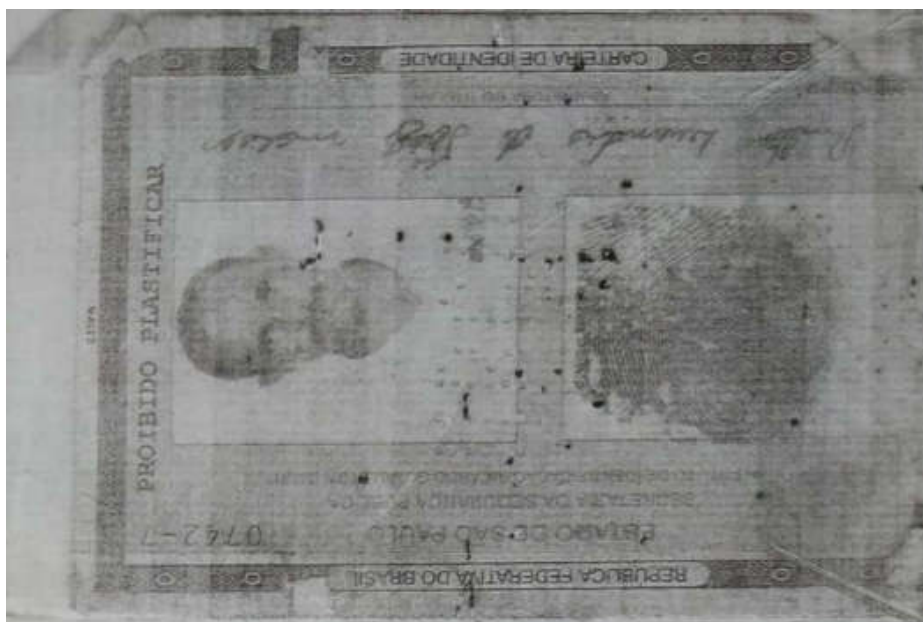


Hospital São Vicente

Data Atend: 26/05/2020	Atendimento: 0036408	Quarto/leito: 306 / 1
Paciente: 00248860 - AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES		
Cirurgia Realizada: <i>Osteossintese de fratura de</i>	N. do Procedimento: <i>04080/0150</i>	
Data: <i>27/05/2020</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>EUGENIO</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Herton</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Feb. seccao - Acesso perforado de fratura de, fratura da base do fêmur - superior e lateral do fêmur - fratura. Não há Hemostase. Não há fratura plástica. Não há fratura. Não há e osteossintese utilizada O fio KIRSCHWANGER IO. Super Pier. Placa e parafusos</i>		
		Assinatura do Cirurgião

Antônio Rodrigues de Freitas
Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.003-25





Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015313384370
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - RNTIC - EXERCÍCIO
1 930717732 ***** 2020

JOSE CICERO DE MORAES

SERRA TALHADA-PE

CPF/CNPJ - PLACA
220.461.354-15 KKB9E57

PLACA ANT./LIT - CHASSI
KKB9457/PE 9C2KC08107R199639

ESPECIE TIPO - COMBUSTIVEL
BÁS MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN K3 2001 2007

CAP/PROT/CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
28/149CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC./COTAS
1 IPVA 2020 QUITADO 1º *****
2º *****
3º *****

PARA IPVA - PARCELAMENTO/COTAS - DATA DE PAGAMENTO
8.10 0.05 12.30 21/02/20

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$)
8.10 0.05 12.30

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

SERRA TALHADA-PE DATA
09/07/20

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Roberto Presynente NETRAN/PE

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

PE Nº 015313384370 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE CICERO DE MORAES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2020 09/07/20

RENAVAM - CPF / CNPJ - PLACA
930717732 220.461.354-15 KKB9E57

MARCA / MODELO - Nº CHASSI
HONDA/CG 150 TITAN K3 9C2KC08107R199639

ANO FAB. - QAT (R\$) - Nº CHASSI
2007 0.9

PREMIO TARIFÁRIO - DENYTRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
3.55 0.41 4.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15 0.05 12.30

DATA DE QUITAÇÃO
21/02/20

SEGURO DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

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

2020-001

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236844/20

Vítima: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

CPF: 037.396.654-75

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 21/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES : 037.396.654-75

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: 24/08/2020
Nome: AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES
CPF: 037.396.654-75

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

AMILTON LEANDRO DE SOUZA MORAES

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

