
Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667457

Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190667457 Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

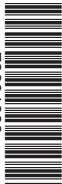
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190667457 Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

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

Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
-----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667457

Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000001563-6

Conta: 000002157-1

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





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
E INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

825 591 204 - 53

Nome completo da vítima

Jose Roberto Maciel de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Roberto Maciel de Lima		CPF titular da conta 825 591 204 53	Profissão ARMADOR
Endereço RUA MANOELITO		Número 00	Complemento CASA
Bairro Centro	Cidade Destacado	Estado PB	CEP 58695 000
Email manuelito123@gmail.com			Telefone (DDD) (83) 99 66 86684

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD.	DV	CONTA NRD.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancos)

BANCO Nome		NRD	
Bradesco			
AGÊNCIA NRD.	DV	CONTA NRD.	DV
1563	6	0002157	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

de de
Local e Data

X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SACAR PRA QUÊ?

Função Débito: Faça compras na função débito. É fácil, seguro e sem cobrança de tarifa. Valida seu cartão em um dos terminais de autoatendimento.

Função Crédito: Caso ainda não possua a função crédito habilitada, entre em contato com sua agência. Esta função estará sujeita à análise e aprovação de crédito.

VALIDO SUPLENTE DO BASTIL

5067 2753 6739 2104

06/19 1563 6 0002157 1 01 00

VALORATE AGENCIA-04 CONTA 000 000 000

JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

elo

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: 3190667457 3 - CPF da vítima: 82559120453 4 - Nome completo da vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

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

5 - Nome completo: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA 6 - CPF: 82559120453

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA MONOEL LITO 9 - Número: 00 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: DESTERRO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58695000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 083 987984098

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:

☐ RECLUSO 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 (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: 1563 6 CONTA: 0002157 1
(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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: DIEGO GOMES DE MOURA
CPF: 092.727.564/30

Diego Gomes de Moura
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CARLITO MENDONÇA OLIVEIRA
CPF: 131.049.674/28

Carlito Mendonça Oliveira
Assinatura da testemunha

Simone P. Torres de Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

825591204-53

Nome completo da vítima

Jose Roberto Maciel de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Roberto Maciel de Lima		CPF titular da conta 82559120453	Profissão ARMADOR
Endereço Rua Manoelito		Número 00	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Destacado	Estado PB	CEP 58695 000
Email marcelo.oladue@gmail.com			Telefone (DDD) (83) 996686684

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V 	CONTA NRO. 	D/V
BANCO Nome 		NRO. 	
AGÊNCIA NRO. 		CONTA NRO. 	
D/V 		D/V 	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____ de _____ de _____

Local e Data

X 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bra

SACAR PRA QUÊ?

Função Débito: Faça compras na função débito. É fácil, seguro e sem cobrança de tarifa. Valide seu cartão em um dos terminais de autoatendimento.
Função Crédito: Caso ainda não possua a função crédito habilitada, entre em contato com sua agência. Esta função estará sujeita à análise e aprovação de crédito.



VALIDO SOMENTE NO BRASIL

5067 2753 6739 2104

06/19 1563 6 0002157 1 01 00

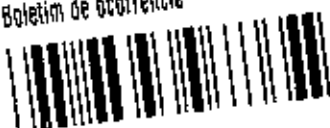
VALIDADE AGENCIA CID CONTA DIG VIA TIPO

JOSE ROBERTO MACEIO DE LIM

el



Boletim de ocorrência



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Cargo, e a Verbal de Pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Polícia, constatei a Ocorrência Nº. **232/2019**, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta cidade de **TAPEROÁ-PB**, Estado da Paraíba, e na Delegacia deste município, e sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, Dr. Ariosvaldo Adelino de Melo, quando por volta das 15h30min, compareceu o (a) Sr (a) **JOSÉ ROBERTO MACEIO DE LIMA**, RG 27.176.545-5 SSP/RJ, CPF 825.591.204-53, Brasileiro, solteiro, agricultor, com 46 anos de idade, nascido em 15/10/1973, não alfabetizado, natural de Desterro/PB, filho de Josué Ferreira de Lima e de Inácia Maceió de Lima, residente na Rua Manoellito, s/n), bairro São Cristovão, Desterro/PB, Tel: (83) 98886-5997. Aonde veio até esta Delegacia de Polícia, **NOTIFICAR QUE**: informa o noticiante de que no dia 21/07/2019, por volta das 16h00min, seguia pela estrada do sítio Mulungú, zona rural de Desterro, na motocicleta, HONDA/BIZ 125 ES, ANO/MOD 2012/2012, DE COR VERMELHA, PLACA PEV 9143/PE, CHASSI 9C2JC4820CR291712, licenciada em nome de Gilvan Maceió Lima de Farias; QUE, neste dia estava chovendo, e por ser estrada de terra, a lama provocou um acidente, fazendo com que o noticiante caísse e se machucasse gravemente; QUE, na queda, o noticiante diz que fraturou o joelho direito e bacia do lado direito; QUE, sua esposa que seguia na garupa na moto, de nome ANA, foi quem pediu o socorro, vindo uma ambulância de Desterro e levando o mesmo ate o hospital Regional de Patos/PB; QUE, o mesmo ficou esperando o atendimento ate o dia seguinte, pois não portava nenhum documento; QUE, ele informa ainda que permaneceu internado por cerca de 06 dias, e passou por procedimentos médicos, sendo engessado e depois liberado para sua casa; QUE, diz o noticiante de que esta com dificuldades de locomoção; QUE, apresenta Ficha de Atendimento Ambulatorial; QUE, procurou esta delegacia por ser de fácil acesso. E nada mais havendo a consignar, encerro a presente certidão, a referida é verdade e dou fé. Eu, Gilliard Guimarães Ferreira, escrivão que digitei.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.).

OFÍCIO
Gilliard G. Ferreira
escrivão

arago
Lucimélia Pereira Torres de Menezes

Taperoá - PB, 17 de Outubro de 2019.

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua Aprígio Leite, 51, Centro, Desterro - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
IVANILDA PEREIRA TORRES DE QUEIROZ
Dono(a) Desterro/PB - 19/11/2019
Substituto: José Dinassane Bezerra de Queiroz
Selo Digital: A1JL3358-DS6
Consulte a autenticidade em <https://salodigital.gpb.jus.br>
Email R\$9,91 | Fapem R\$0,29 | MP R\$0,16 | Fupj R\$1,98

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Roberto Maceiro de Lima

CPF da Vítima

825592204-53

Data do Acidente

21/07/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

de _____ de _____
Local e Data

X 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Roberto Maceio de Lima

CPF da Vítima

825591204-53

Data do Acidente

21/07/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____ de _____ de _____
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

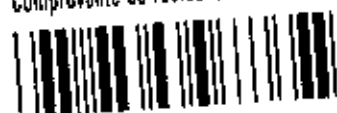
BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000002157-1

Nr. Autenticação

BRADESCO300720200500000000002370156300000000215784375 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ROBERTO MACGIO DE LIMARG nº 87.176.545-5 Data de expedição 08/01/2009 Órgão SSP/PB

CPF nº 825.591-24-53 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA - MANOGLITO</u>
Número	<u>00</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>DESTERRO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.695-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: _____



Faturas em atraso

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ROBERTO MACGIO DE LIMA

RG nº 87.176.545-5 data de expedição 08 / 01 / 2009 Órgão SSP/PB

CPF nº 825.591.204-53 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MANOELLITO</u>
Número	<u>00</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>DESTERRO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.695-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: _____



JOSE ROBERTO MACEDO DE LIMA
RUA MANOELLITO, 00 - SAO CRISTOVAO
DESTERRO / PB CEP: 58925006 (A.G. 133)

Ligação: MONOFÁSICO
Cl/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro: 0 - 130 - 540 - 5222 Referência: Set / 2019
Medidor: 00009487845 Emissão: 11/09/2019

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - C/da Rendas - Jato Preto / PB - CEP 58071-630
CNPJ 08.095.187/0001-40 Rec. Est. 16.315.823-0

Nota Fiscal/Cota de Energia Elétrica Nº 000.910.711
Cota para OEB Automático: 00016113862

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energis.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019 11/09/2019 11/10/2019 025.691.204-53
Proc. Est.

UE (Unidade Consumidora): 5/1611386-2

Canal de contato

- Tente a Social de Energia Elétrica - TSEE (forçada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002, e em anexo ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/09/18	Letura 3151	Data 11/09/19	Letura 3185	
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Valor Base Calc	Alto
		Taxa de Transmissão (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS
			Preço de Venda (R\$)	Preço de Venda (R\$)
0501	Consumo até 20 kWh-EE	30,000 0,189180	5,84	0,00 0
0501	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	4,000 0,209750	1,35	0,00 0
0501	Adic. B Vermelha		0,54	0,00 0
0510	Subsídio		12,83	0,00 0
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0507	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA		10,50	0,00 0
0504	JUROS DE MORA 02/2019		0,01	0,00 0
0505	MULTA 09/2018		0,17	0,00 0
0506	Devolução Subsídio		-12,14	0,00 0

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 19,22 0,00 0,00 20,68 0,20 0,94
Taxa de Tributo Atualizada 0,187180 Atualizada 0,220810

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
18/09/2019 R\$ 19,22

Histórico de Consumo (kWh)
36 | 37 | 41 | 25 | 37 | 25 | 60 | 93 | 28 | 30 | 25 | 34
Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19

RESERVADO AO FISCO
0294.f7e3.320e.80aa.6077.374c.c6a7.1ed0.

Indicadores de Qualidade 7/2019 - Resultado				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIAGNÓSTICO	6,67	3,25		Serviço de Dist. de Energia/PB	2,71	14,10
DIAGNÓSTICO	12,14			Compra de Energia	3,25	20,19
DIAGNÓSTICO	27,48			Serviço de Transmissão	0,40	2,08
DIAGNÓSTICO	3,42	1,00		Impostos, Oneros e Encargos	0,41	2,13
DIAGNÓSTICO	8,65			Impostos, Oneros e Encargos	11,82	61,50
DIAGNÓSTICO	13,70			Outros Serviços	0,00	0,00
DIAGNÓSTICO	3,97	2,28		Total	19,22	100,00
DIAGNÓSTICO	12,22					

Valor de EUSD (Ref. 7/2019) R\$ 3,79

ATENÇÃO
Sua Unidade Consumidora encontra-se em situação de inadimplência em relação ao pagamento da fatura de energia elétrica.
Resolução Tarifária Vigente: 28/09/18 - Res ANEEL nº 2.590 - Alta Tensão - 4,40% Médio
Resolução Tarifária Vigente: 28/09/18 - Res ANEEL nº 2.590 - Baixa Tensão - 4,23% Médio
Letra de cobrança

Faturas em atraso



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILVAN MACEIO LIMA DE FARIAS

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº _____, com

domicílio na cidade de Desterro, no Estado dePernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Mandelino Bairro São Cristóvão, nº 00,complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima José Roberto Maceio de Lima, cujo o condutor eraJosé Roberto Maceio de LimaVeículo: MotorciclismoModelo: Honda B12 125 ESAno: 2012Placa: PEV 9143Chassi: 9LRJC4820CR29J712Data do Acidente: 21/07/2019

Local e Data: _____

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua Aprígio Leite, 51, Centro, Desterro - PBReconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
GILVAN MACEIO LIMA DE FARIAS

Dou fé, Desterro/PB - 19/11/2019

Substituto: José Dinussaue Bezerra de Queiroz

Selo Digital: AJL33557-Y1K3

Consulte a autenticidade em: <https://selo.digital.tjpb.jus.br>

Emol R\$9,91 Fapen R\$0,29 MP R\$0,10

* Gilvan Maceio Lima de Farias
Assinatura do DeclaranteX [Assinatura]
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

PRONT.: 29859 N°REQUIS.: 15472
PACIENTE: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

EMIÇÃO.: 23/07/2019
SEXO: M IDADE.: 45

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE
Método.: NIHON KOHDEN VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMÁCIAS.: 4.19 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³
HEMOGLOBINA.: 12.1 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.: 37.7 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53
VCM.: 90,0 fL NORMAL 80 a 100
HCM.: 28,9 pg NORMAL 26 a 34
HCM.: 32,1 g/dL NORMAL 31 a 55
M.: 13.9 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.: 8.500 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000
PROMIELOCITOS.: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0 NORMAL 0 a 0
MIELÓCITOS.: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0 NORMAL 0 a 0
METAMIELÓCITOS.: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0 NORMAL 0 a 0
BASTONETES.: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5 NORMAL 0 a 9000
SEGMENTADOS.: 47 % 3995 /mm³ NORMAL 35 a 65 NORMAL 1800 a 8500
EOSINÓFILOS.: 05 % 0425 /mm³ NORMAL 1 a 4 NORMAL 35 a 600
BASÓFILOS.: 01 % 0085 /mm³ NORMAL 0 a 1 NORMAL 0 a 100
LINFÓCITOS.: 39 % 3315 /mm³ NORMAL 25 a 45 NORMAL 875 a 4500
MONÓCITOS.: 08 % 0680 /mm³ NORMAL 2 a 8 NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS.: 223.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.:
SÉRIE BRANCA.:
SÉRIE PLAQUETÁRIA.:

Documentação médico - hospitalar



OUTRAS OBSERVAÇÕES

Aten Cláudio S. Gape-alra
Lima 23/07/2019
Ass. Prof. Dr. Gape-alra

PRONT...: 29859 N°REQUIS.: 15472
PACIENTE: JOSÉ ROBERTO MACEIO DE LIMAEMIÇÃO.: 23/07/2019
SEXO: M IDADE....: 45

GLICOSE

Material. SORO
Método... AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

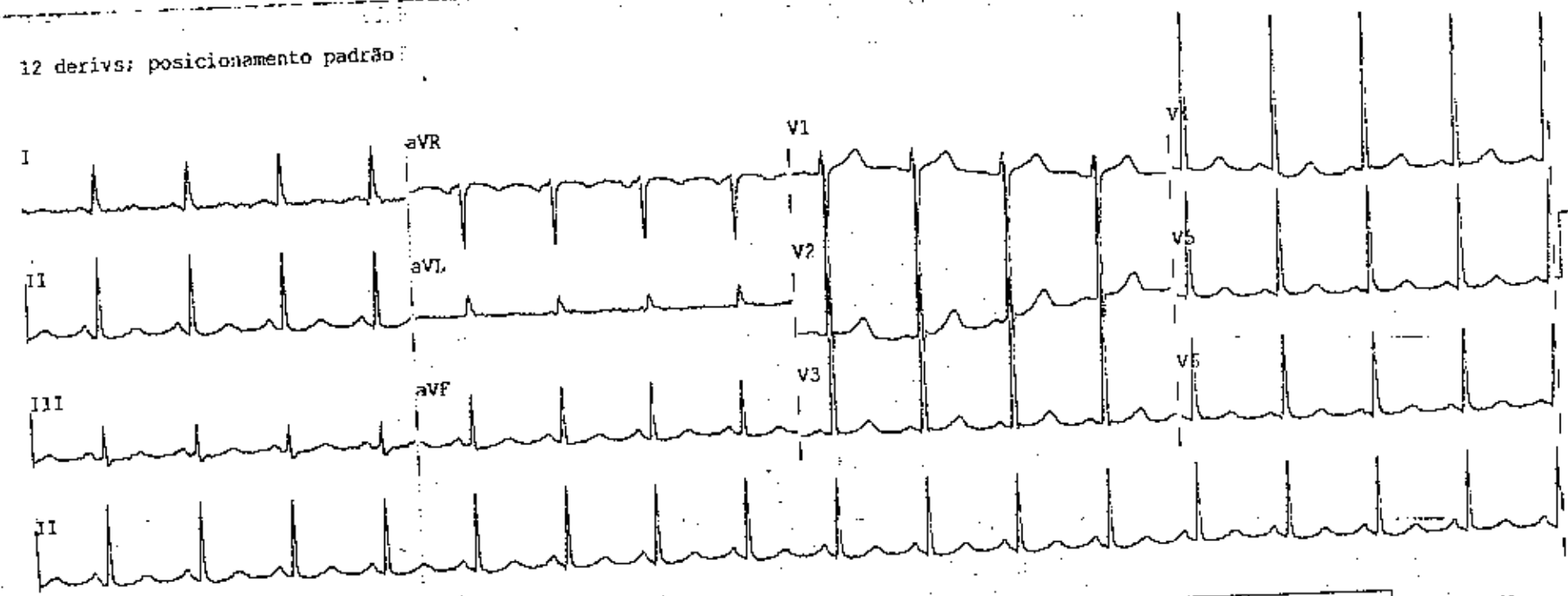
NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO 258 mg/dL

Dr. Anderson S. Pereira
CRM 2.156
Médico Titular

22/07/2019 09:59:44

12 derivs: posicionamento padrão



Equip:

PRIMER 601500150271

Veloc: 25 mm/s

Membr: 10 mm/mV

Tórax: 10 mm/mV

2.0.0.0.0

PRIMER 601500150271

F 60- 0,15-100 Hz

100B CL

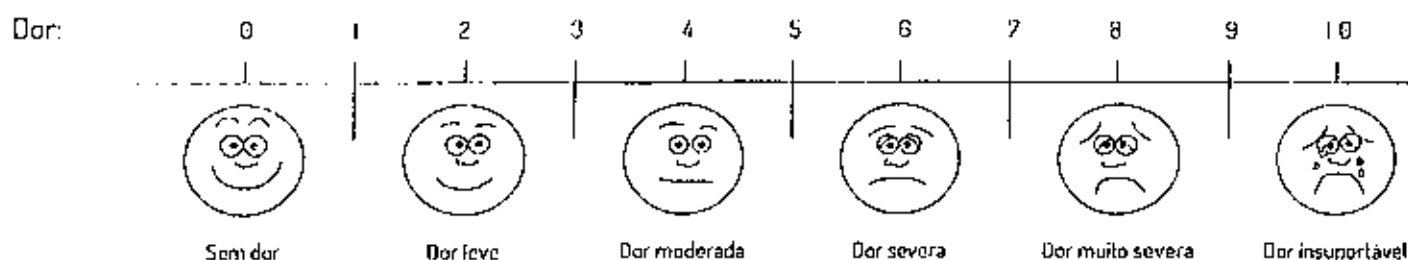
P1

1.0.0.0.0

63

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 21/07/19 Hora 19 h 37 Genero M 46 anos
 Nome/Nome Social Jose Roberto Maceno
 Origem* Residência Regulado? () Sim (x) Não
 Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas na mo joelho Encaminhado? () Sim (x) Não
 Motivo do atendimento* 007
 Fonte Destino
 Transporte Peripatema
 Alergia? (x) Não () Sim
 Uso de medicação? (x) Não () Sim
 Doença prévia? (x) Não () Sim
 Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ irpm SpO₂ _____ % PA _____ mmHg HGT _____ mg/dl



Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo (x) Verde () Azul

Especialidade Médica Ortopedia

Acompanhante: () S/ Acomp. (Selor Crítico) () S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
 () Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

Fernanda Larissa de Sa Mendes Santos
Enfermeira
COREN 195556-ENF

Enfermeiro/Carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473 CNPJ 08.778.268.0023/76
NOME HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB *PC. AMI documentos, im 107 macaões*
CLASSIF. RISCO VERDE *da da P.M. e em carteron.*
ORIGEM PRÓPRIA RESIDÊNCIA
PACIENTE JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA
NOME SOCIAL
FILIAÇÃO I INACIA MACEIO DE LIMA FILIAÇÃO II JOSUE FERREIRA DE LIMA
NASCIMENTO 15/10/1973 IDADE 45a 9m COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO AGRICULTOR
ENDEREÇO RUA PROJETADA ARSN BAIRRO CENTRO
CIDADE DESTERRO U.F. PB CEP 58695008
TELEFONE
CNS 706405687856587 R.G. CPF REG. NASC.
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

F.A.A. 54953 PRONTUÁRIO 29859
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA 21/07/2019 Horário: 19:47 OPERADOR MMAIA
CARACTER 02 -URGENCIA TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI
PROCEDIMENTO 000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE TRANSP OUTROS ORGAOS PUBLICOS
ESTADOR FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL *A. dos R. de L. e C. L.*

PESO= _____ PA= _____ X _____ mmHg TEMP= _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Doença em curso @ Apas
Queda de M.O.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

Re + 7E

SOLICITAÇÃO DE PARECER

M. min

Delegado

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

Ex. de punção tibial @

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

*- Injeção de 100 C.M.M.
- Soro de Sx. Pré-op*

OBSERVAÇÃO

() SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TMM

03/10/2017-8

() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS: LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

1. | _____ 2. | _____ 3. | _____

MÉDICO/CRM _____

Chrysomela

For some of these as many
APRIL 1944 in the

Le el sponsor Ex de Danvers Alm
en GONALON 7A

RECEIVED
FBI
JAN 11 1964

[illegible]

PRONT.: 29859 N°REQUTS.: 15400
PACIENTE: JOSE ROBERTO MACIEL DE LIMA

EMIÇÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE.: 45

S-8 709

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método: AUTOMÁTICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.: 14 seg.

T.P. Controle.: 13 seg.

Atividade.: 76,3 %

Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.

A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.: 1,15

Valores de Referência:

IN sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:

T.T.P.A. Paciente.: 39 seg.

T.T.P.A. Controle.: seg.

Valores de Referência:

TAP Paciente.: 26 a 36 seg.

Marlon Cleudson S. A. Pereira
CRM 2-14.05516
Hemético Patologista Clínico

PRONT... 29859 N°REQUIS.: 15400
PACIENTE: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMAEMIÇÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE....: 45

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método... NIHON KOHLEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMÁCIAS.....: 4.860 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³HEMOGLOBINA.....: 13.9 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5HEMATÓCRITO.....: 43.7 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53VCM.....: 89,9 fL NORMAL 80 a 100
MCM.....: 28,6 pg NORMAL 26 a 34
HCM.....: 31,8 g/dL NORMAL 31 a 55
DW.....: 13.9 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 10.700 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELOCITOS.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
MIELOCITOS.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
METAMIELOCITOS.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
SEGMENTADOS.....	65	% 6955	/mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....	1	% 0107	/mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
BASÓFILOS.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
LINFÓCITOS.....	28	% 2996	/mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
MONÓCITOS.....	6	% 0642	/mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 288.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

REQUISIÇÃO DE PARECER

7º/05

Nome José Roberto Maciel

Da Clínica ortopedia

Enfermaria 4º

A Clínica cardiologia

Leito 05

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data 7 / 05 / 2005

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente em quinq. Cardiológicos
Nup. Concomitantes em tempo med. curta

$P_A = 700 \times 80 \text{ mmHg}$

EKG = Taquicardia Sinus

Rudo Cardíaco = Baixo Ruído

Data 23.04.19

Klauber M. de França
Cardiologia/Geriatria
CRM/4890

Assinatura do Médico Especialista

Hospital Regional de Potosí - RX

000000893761 67%

E. 6437

000000893761

07%

E. 6439

000000893761

57%

E. 6422

000000893761

25/10/2018 17:55:00

José R. A.

25/10/2018 17:55:01

José R. A. (nascido)

25/10/2018 17:55:02

000000893761

JOSÉ ROBERTO MACHO DE LIMA, 18/07/1976

Hospital Regional de Potosí - RX

0000033761

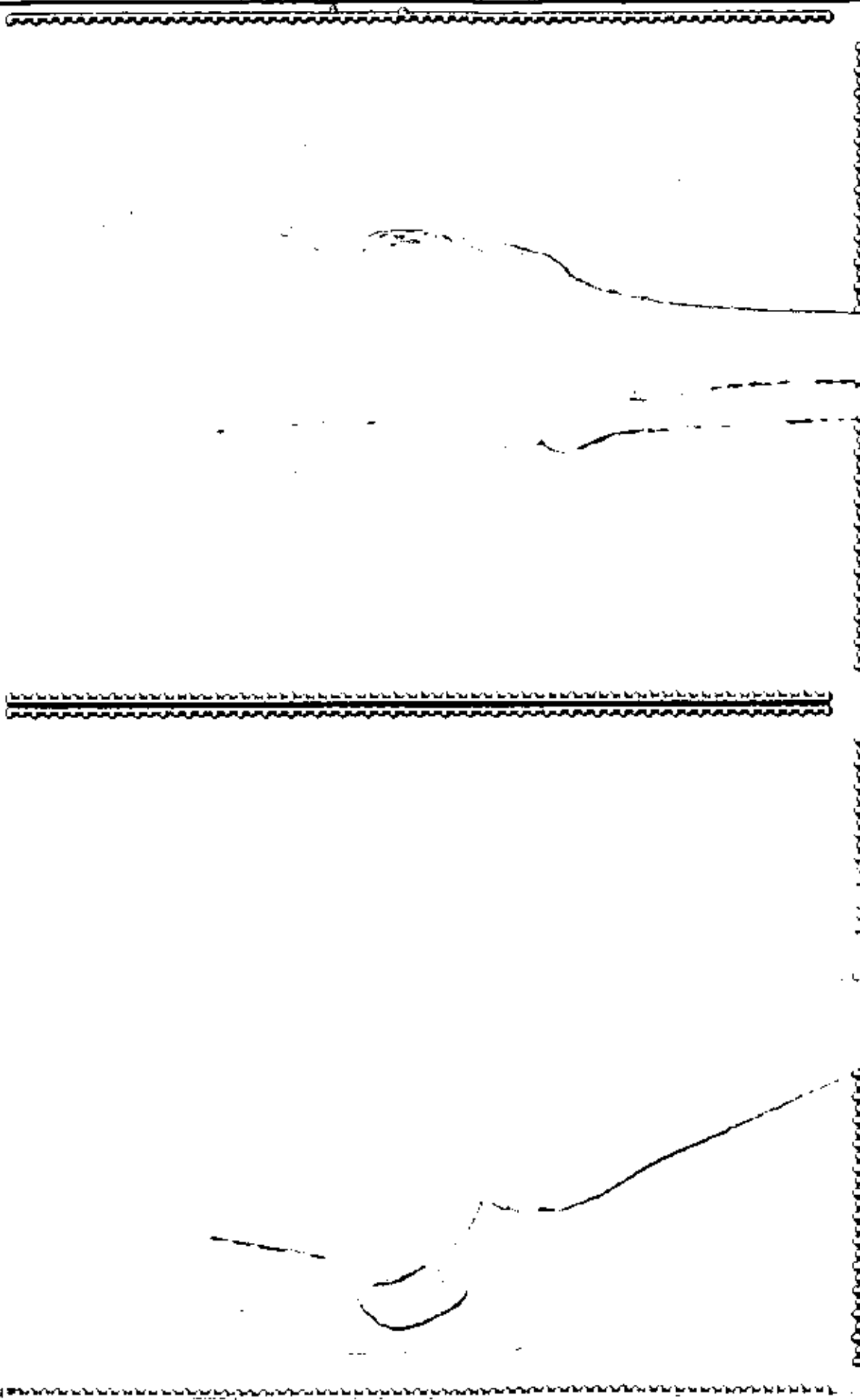
50%

El 6439

0000033761

50%

El 6447



0000033761

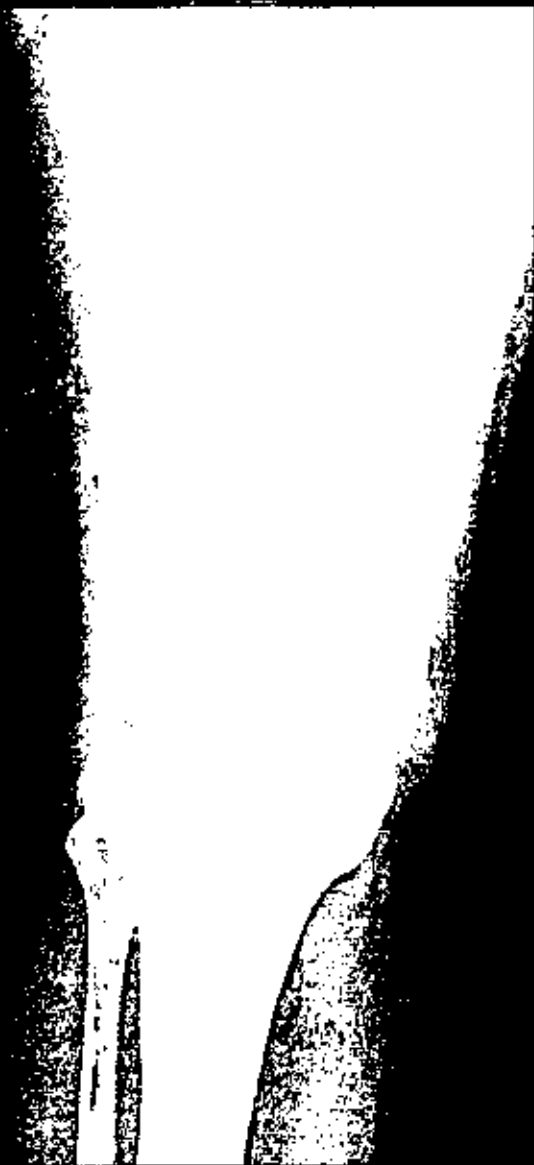
25/01/2019 14:55:51

Archie, Walter

25/01/2019 14:55:50

00000023927

JOSE ROBERTO MACHO DE LIMA, 13/01/1973



Nome: JOSE ROBERTO MECEIO DE LIMA Data Nasc.: 15/10/1973
Hospital Regional Deputado Jandukhy Carneiro

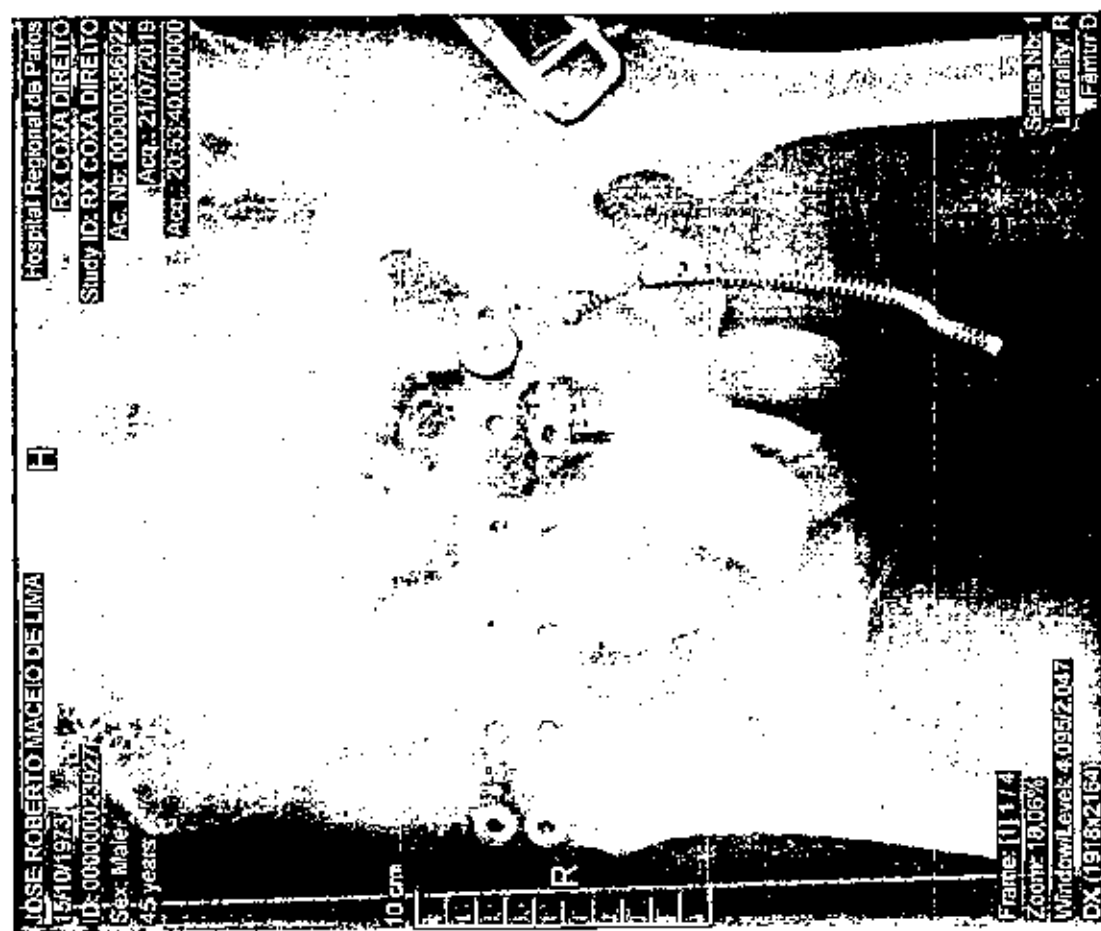
Id. Pac.: 000000024218

26/07/2019 14:07:57

50.9 %

Nome: JOSÉ ROBERTO MECEIO DE LIMA Data Nasc.: 15/10/1973
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 000000524218
25/07/2019 14:22:57 76,3 %



H
JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

15/10/1973
ID: 000000023927

Sex: Male
45 years

20 cm

Frame: [2] 2 / 4

Zoom: 18.06%

Window/Level: 4.095/2.047

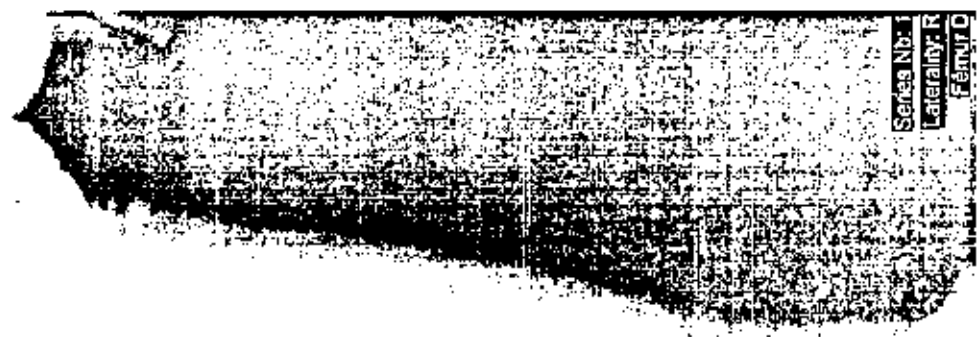
DX (1918x2365)

H
Hospital Regional de Patos

RX COXA DIREITO
Study ID: RX COXA DIREITO

Ac. Nr: 000000386022
Acc: 21/07/2019

Acc: 20:55:03.000000



Series No: 1

Laterality: R

Femur D

H
JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

15/10/1973
ID: 000000023927

Sex: Male
45 years

20 cm

Frame: [3] 3 / 4

Zoom: 18.06%

Window/Level: 4.095/2.047

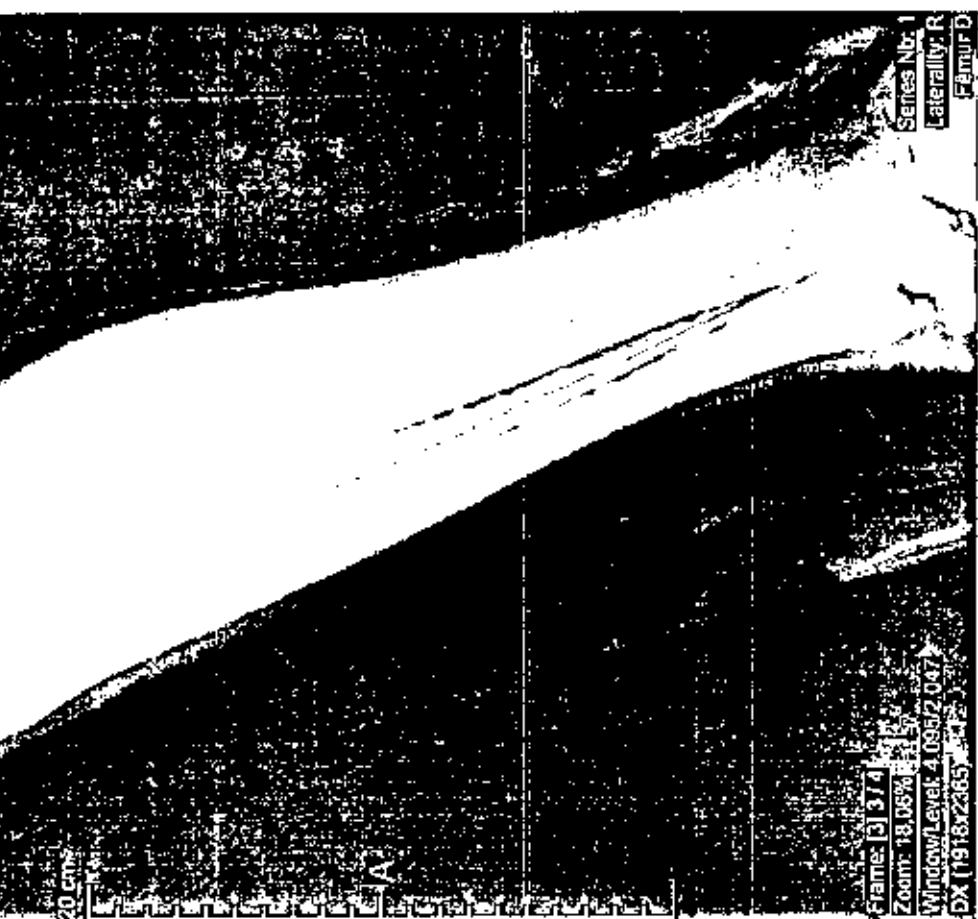
DX (1918x2365)

H
Hospital Regional de Patos

RX COXA DIREITO
Study ID: RX COXA DIREITO

Ac. Nr: 000000386022
Acc: 21/07/2019

Acc: 20:58:32.000000



Series No: 1

Laterality: R

Femur D

Atendimento: 201900385548

Idade: 45 anos

Paciente: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data: 21/07/2019

Data de Nascimento: 15/10/1973

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura cominutiva do platô tibial direito.

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Espaços articulares conservados.

Aumento e densificação dos planos músculo adiposo adjacente região das fraturas.

Impressão Diagnóstica:

Fratura cominutiva do platô tibial direito.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 55036 PRONTUÁRIO 29859
DATA 22/07/2019 HORA 09:28 OPERADOR TMEDEIROS
MÉDICO DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO

PACIENTE JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA IDADE 45a 9m

RESUMO CLÍNICO:

Trauma em Joelho

DIAGNÓSTICO:

Fratura antiga acalculada.

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Ampliação

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Sem intercorrências

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Retorno a AA

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (☒) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para _____

PATOS/PB, 22 DE 07 DE 2015

Dr. Sérgio Woodruff
CRM 8155 / Conselho 7024

MÉDICO/CRM

Atendimento: 201900385548

Idade: 45 anos

Paciente: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data: 21/07/2019

Data de Nascimento: 15/10/1973

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura cominutiva do platô tibial direito.

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Espaços articulares conservados.

Aumento e densificação dos planos músculo adiposo adjacente região das fraturas.

Impressão Diagnóstica:

Fratura cominutiva do platô tibial direito.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA 87.176.545-5 DATA DE EMISSÃO 08/01/2009

NOME JOSE ROBERTO MACEIÓ DE LIMA

PAIS BRASIL

LOCALIDADE JOSÉ FERREIRA DE LIMA

ENDEREÇO IREACIA MACEIÓ DE LIMA

ESTADO PARAÍBA DATA DE NASCIMENTO 15/10/1973

CPF 825.591.204-53

CONASC LIV A-29 FLS 213 TERM 71108

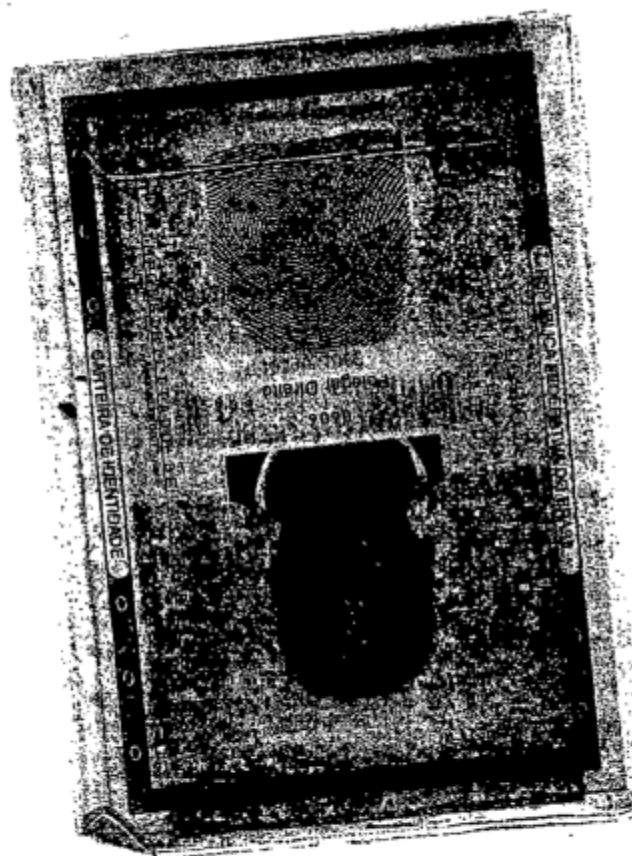
TEIXEIRA PB

PIS 12486364228

067 1 Va

LEI Nº 7118 DE 20/08/83





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 010596858725

VIA 1 Cód. RENAVAM 455773750 R.M.T.R.C. EXERCÍCIO 2014

NOME GILVAN MACEIO LIMA DE FARIAS

ITAPETIM-PE

CPF/CNPJ 035.555.974-93 PLACA PEV9143

PLACA ANT./UF *****/PE CHASSI 9C2JC4820CR221712

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTONETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MAPA / MODELO HONDA 125 ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / OIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

IPVA 2014 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

LOCAL ITAPETIM DATA 23/02/14

Caio Mário Helle Costa Oliveira

Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 010596858725 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT EXERCÍCIO 2014. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

CPF/CNPJ 035.555.974-93 PLACA PEV9143

GILVAN MACEIO LIMA DE FARIAS

CASA ITAPETIM-PE 56728-000

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010596858725 EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 23/02/14

VIA 1 Cód. RENAVAM 455773750 MARCA / MODELO HONDA / 512 125 ES

ANO FAB. 2012 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2JC4820CR221712

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios

do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667457 **Cidade:** Taperoá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA **Data do acidente:** 21/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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 LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 16, 17 E 19.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424087/19

Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

CPF: 825.591.204-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO MACEIO
DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros



JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA : 825.591.204-53

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: 29/11/2019
Nome: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA
CPF: 825.591.204-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ ROBERTO NACEDO DE LIMA
 DATA DO ACIDENTE 21/07/2019 CPF DA VÍTIMA 825.591.204-53
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA () _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MANOELLITO
 Nº 00 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE DESTERRO UF PB CEP 58.695-000
 E-MAIL MARCELO PLADU @GMAIL.COM TELEFONE (83) 9 96404118

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424087/19

Número do Sinistro: 3190667457

Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

CPF: 825.591.204-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA : 825.591.204-53

Autorização de pagamento

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: 17/02/2020
Nome: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA
CPF: 825.591.204-53

JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Bruno Leonardo do Rosário Flores
CPF: 057.215.377-52

Bruno Leonardo do Rosário Flores