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, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200217424 **Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 11/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. 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, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200217424 **Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 11/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. 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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200217424 **Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 11/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

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$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R$ 7.087,50

Recebedor: **ERINALDO PEREIRA DA SILVA**
Valor: **R$ 7.087,50**
Banco: **260**
Agência: **000000001**
Conta: **000068861487-4**
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

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, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200217424 **Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 11/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 13/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

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, 28 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200217424 **Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 11/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 558.905.634-91

4 - Nome completo da vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

6 - CPF: 558.905.634-91

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: RUA CALISTO GOMES

9 - Número: M/Z

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: LAGOA DE JOÃO CARLOS

12 - Cidade: FREI MIGUELINHO

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.780-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 81.99665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK (260)

AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 68861487 4 (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 cuido, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Amasiado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 art. 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Vítima não alfabetizada, impossibilitada de assinar, necessitando de assinatura a rogo

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FREI MIGUELINHO 17/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI MIGUELINHO
132ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 132ª CIRCUNSCRIÇÃO - FREI MIGUELINHO - DP132ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0222000122

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2020** às **15:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/5/2020** às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CALISTO GOMES DE MOURA, 1, EM FRENTE AO DEPOSITO DE JADSON** - Bairro: **DISTRITO LAGOA DE JOAO CARLOS - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUCIENE MARIA DA SILVA (OUTRO)
KENNEDY QUEIROS DOS SANTOS (OUTRO)
ERINALDO PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ERINALDO PEREIRA DA SILVA

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

ERINALDO PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **22/3/1968** Naturalidade: **FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3330090/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA CALISTO GOMES DE MOURA, 112 - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO LAGOA DE JOAO CARLOS - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A MARAISA**

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

LUCIENE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LUZIA MARIA GALDINO DA SILVA** Pai: **JOSEILDO GALDINO DA SILVA** Data de Nascimento: **31/1/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **428356588/SSP/SP (RG), 10207253463 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA CALISTO GOMES DE MOURA, 112 - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO LAGOA DE JOAO CARLOS - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

KENNEDY QUEIROS DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO**

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KENNEDY QUEIROS DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ERINALDO PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFV2606** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **898106567** Chassi: **9C2KC08107R03738**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007**

Complemento / Observação

A NOTICIANTE RELATA QUE O SEU SOGRO ERINALDO PEREIRA DA SILVA, NO DIA 11/05/2020 POR VOLTA DAS 11:30HS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFV 2606, PELA ESTRADA DO POVOADO DE LAGOA DE JOÃO CARLOS, ONDE TRAFEGAVA DO REFERIDO POVOADO PARA SUA CASA DE RESIDÊNCIA, E AO PASSAR NA FRENTE DO DEPÓSITO DE UM SENHOR CONHECIDO POR JADSON FOI SURPREENDIDO COM UM CAMINHÃO DANDO RÉ NO SENTIDO DA VIA QUE TRAFEGAVA A VÍTIMA, TENDO O MESMO PARA EVITAR A COLISÃO FREADO BRUSCAMENTE A MOTOCICLETA, PORÉM NÃO CONSEGUIU E VEIO A COLIDIR, SOFRENDO LESÕES GRAVÍSSIMAS PELO CORPO, FOI SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU AO HOSPITAL JOÃO ALEXANDRE NESTA CIDADE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FLOI TRANSFERIDO AO HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, TENDO INCLUSIVE PERDIDO PARTE DE SUA PERNA DIREITA.

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

Luciene Maria da Silva

LUCIENE MARIA DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSÉ LEONARDO GONCALVES DE SOUSA** - Matrícula: **320341-7**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CIDADE NOVA
1ª CIRCUNSC. JOÃO

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 558.905.634-91

4 - Nome completo da vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

6 - CPF: 558.905.634-91

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: RUA CALISTO GOMES

9 - Número: M/Z

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: LAGOA DE JOÃO CARLOS

12 - Cidade: FREI MIGUELINHO

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.780-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 81.99665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK (260)

AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 68861487 4 (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 cuido, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Amasiado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 art. 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Vítima não alfabetizada, impossibilitada de assinar, necessitando de assinatura a rogo

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FREI MIGUELINHO 17/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 02/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000068861487-4

Nr. da Autenticação 1D73364CCEEB4355

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

NOTA FISCAL / FATURA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ARLETE MARIA DA SILVA

CPF: 023.942.654-18 NIS: 16028349624

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CALISTO GOMES 112

LAGOA DE JOAO CARLOS/LAGOA DE JOAO
FREI MIGUELINHO PE
55780-000

CONTRATO	REFERÊNCIA
7004277206	04/2020

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
104341895	ÚNICA	15/04/2020

VENCIMENTO	PRÓXIMA LEITURA
23/04/2020	15/05/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	CÓDIGO DE ACESSO
15/04/2020	2002488145	5242311

VALOR (R$): 0,00

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

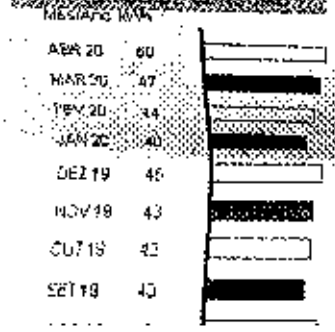
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	20,0000000	0,00000002	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	20,0000000	0,00000002	0,00

TOTAL DA FATURA 0,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
301917074S	CAT	13/03/2020	4.918,00	15/04/2020	4.968,00	33	1,00000		50,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES FISCAIS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	0,00	21,14	0,00
PIS	0,00	0,94	0,00
COFINS	0,00	4,34	0,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	0,00	100,00%
Transmissão	R$	0,00	0,00%
Distribuição (Fio e Perdas)	R$	0,00	0,00%
Encargos de Energia	R$	0,00	0,00%
Encargos Setoriais	R$	0,00	0,00%
Tributos	R$	0,00	0,00%
Total	R$	0,00	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002

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

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Fone: Esl. 3184 9483 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574 640 534-49

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL ALVES DE MOURA 24

CENTRO/S. R. BRI
SURUBIM PE
55750-000

10999906	ÚNICA	CO1B07123
CCI 220,00	9000392630	3764-17

0523279033 | 05/2020

13/05/2020 | 03/06/2020

409,46

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo (kWh) TUSD	472,00000000	0,46985200	221,84
Consumo Ativo (kWh) TE	472,00000000	0,20070000	94,76
Custeio de Iluminação Pública Municipal			89,88
CIP Subvenção Consumo Residencial Baixa Renda			2,87

TOTAL DA FATURA 139,46

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAI	23/04/2020	[illegible]	02/05/2020	[illegible]	34	1,00000		472,00

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Transmissão	R$	13,64	[illegible]
Distribuição (Energia)	R$	82,32	[illegible]
Perdas de Energia	R$	28,23	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	110,24	[illegible]
Total	R$	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERINALDO PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 558.905.634 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERINALDO PEREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 558.905.634/ 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

[ ] Declaro Profissão: ..... Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

[X] Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA MANOEL ALVES DE MOURA		64	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
—	81-99665-0454	81-98233-5022	

SURUBIM, 17 de JUNHO de 2020.

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que a UBS FREI MIGUELINHO, Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência **SAMU 192**, registrou a ocorrência **Nº 1364, ID Nº 0253 (SAMU 192 AGRESTE)**, no dia 11/05/2020, por volta das **14:00 hrs** onde a vitima o Sr.: **ERINALDO PEREIRA DA SILVA,** brasileiro, D.N. 22/03/1968, portador de cédula de identidade **nº 3.330.090 SDS/PE, CPF nº 558.905.634-91**, foi socorrido pelos nossos serviços, levado para o Hospital e Maternidade João Alexandre de Oliveira (HMJAO) da cidade de Frei Miguelinho.

Colocamos - nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 10 de Junho de 2020.

Carlos Thiago Alves
Coordenador de Enfermagem
COREN-PE 560.060 ENF

CARLOS THIAGO ALVES
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, **ERINALDO PEREIRA DA SILVA,** brasileiro, D.N. 22/03/1968, residente e domiciliado no Povoado de Lagoa de João Carlos, S/N, Centro, Frei Miguelinho, portador de cédula de identidade n° 3330090 SDS/PE, CPF n° 558.905.634-91, foi atendido nesta unidade, **HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA,** no dia 11 de maio de 2020, por volta das 12hr31min, onde a vítima sofrera trauma em decorrência de acidente de motocicleta, prontuário 62.753. O mesmo foi transferido para o Hospital Regional do Agreste (HRA), segue em anexo, ficha de atendimento.

Colocamos - nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 09 de junho de 2020.

Secr. Mun. de Saúde - Frei Miguelinho
Priscila Rafaela L. de A. Andrade
Diretora Administrativa
Portaria Nº 200/2017

PRISCILA RAFAELA LEAL DE ASSUNÇÃO ANDRADE
DIRETORA ADMINISTRATIVA
PORTARIA Nº 200/2017

HOSPITAL E MATERNINDADE
JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA
Av. Presidente Kennedy, S/N
Centro - Frei Miguelinho-PE
CNPJ/MF Nº 13.811.409/0001-30

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRAIA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE
TRABALHO E PRESENTE, CONSTRUÍDO O FUTURO

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

Nº do atendimento: 62.753	Hora do atendimento: 12:31	Data: 11/05/20	Profissão:
Nome do paciente: Fernando Pereira da Silva			
Data de nascimento: 22/03/1968	Idade: 52 anos	Sexo: M(X) F( )	
Estado:	Nº cartão do SUS: 700007258961907		
Mãe: Sawrina Maria da Conceição			
Pai:			
Endereço: Baixa de João Carlos			
Bairro:	Cidade:		
Enfermeiro: Renato	Tec. de enfermagem: Vanessa / Claudinei / Aparecida / Carlinho	Médico (a): Drº Igor	
Pressão arterial:	Pulso:	HGT:	SPO2%: FR:
Temp.:	Peso:	Tipo de agravo:	

Histórico clínico do paciente: Paciente trazido pelo SAMU em prancha de trauma. Relato de queda de moto. Em uso de capacete, não perdeu a consciência. Vômitos.
PA: 130x80 HGT 146 Spo2: 96% FC: 110 bpm

Ex. físico: (ATE, ingurgitamento, afundamento, crepitação, ausência de sinais)
(A) Via aérea pérvia
(B) AR MV (+) em AHT s/RA
(C) Sem sinais de choque
HD: (D) Sem deformidade visível. Pupilas isocóricas
Conduta: (E) Hemo alerta. Ok para (D). + Trovão Rosa de chamada (E)

CR: (1) morfina — 01 amp 100 + SF 0,9% 50
(2) Bromoprida — 01 amp, IV
(3) Soro fisiológico de reposição
(4) Ultrassom 1º — 01 ampola
(5) Colagem — 01 ampola, IV

Trauma / Vascular → HRA
593228

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE
TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

FICHA DE TRIAGEM

1 - NOME: Ernaldo Pereira da Silva (52a)

2 - DATA: 11 / 05 / 2020

3 - HORÁRIO DE CHEGADA: 12 : 31h

4 - HORÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO: 12 : 33h

5 - GESTANTE ( ) SIM ( ) NÃO ( ) INCERTEZA

6 - QUEIXA PRINCIPAL: Vítima de trauma com lesão externa em face (D) + fratura clavícula (D).

7 - PARÂMETROS CLÍNICOS:

- P.A.: 130 x 80 FC: 61 FR: 18 TEMP: ____ °C SpO2: 96%

- GLICEMIA CAPILAR: 140 PESO: —

8 - MEDICAÇÕES EM USO: —

9 - ( ) ALERGIAS —

( ) USO DE DROGAS —

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que o Sr (a) Erivaldo Pereira da Silva , com Registro Hospitalar: 358486 , Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia 11/05/2020 a 29/05/2020 .

OBS: Vitima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 01 de Junho 2020

setor de arquivo (SAME)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Eurydice Pereira da Silva

Prontuário: 358486

Hora:

Data: / /

DIAGNÓSTICO:

Pneumonia + Fratura perna (D) + lesão vocal MTB

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ap. ortopedia em 10 dias.

TRATAMENTO REALIZADO:

TC angio pulmonar + Aparelho gesso perna (D)

ATB p/ com + analgesia p/ com + Curativo diário

Alta Hospitalar: Data: 29 / 05 / 2020

02/07/20

Hora:

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Paulo Tarso

Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: Lauro Cabelino

Nome: Erinaldo Pereira da Silva

Registro Nº

Clínica: Enfermaria:

CID-S88.0

Amputação do membro inferior direito abaixo do joelho. No momento em fase de recuperação necessitando de 180 (cento e oitenta) dias de afastamento do trabalho.

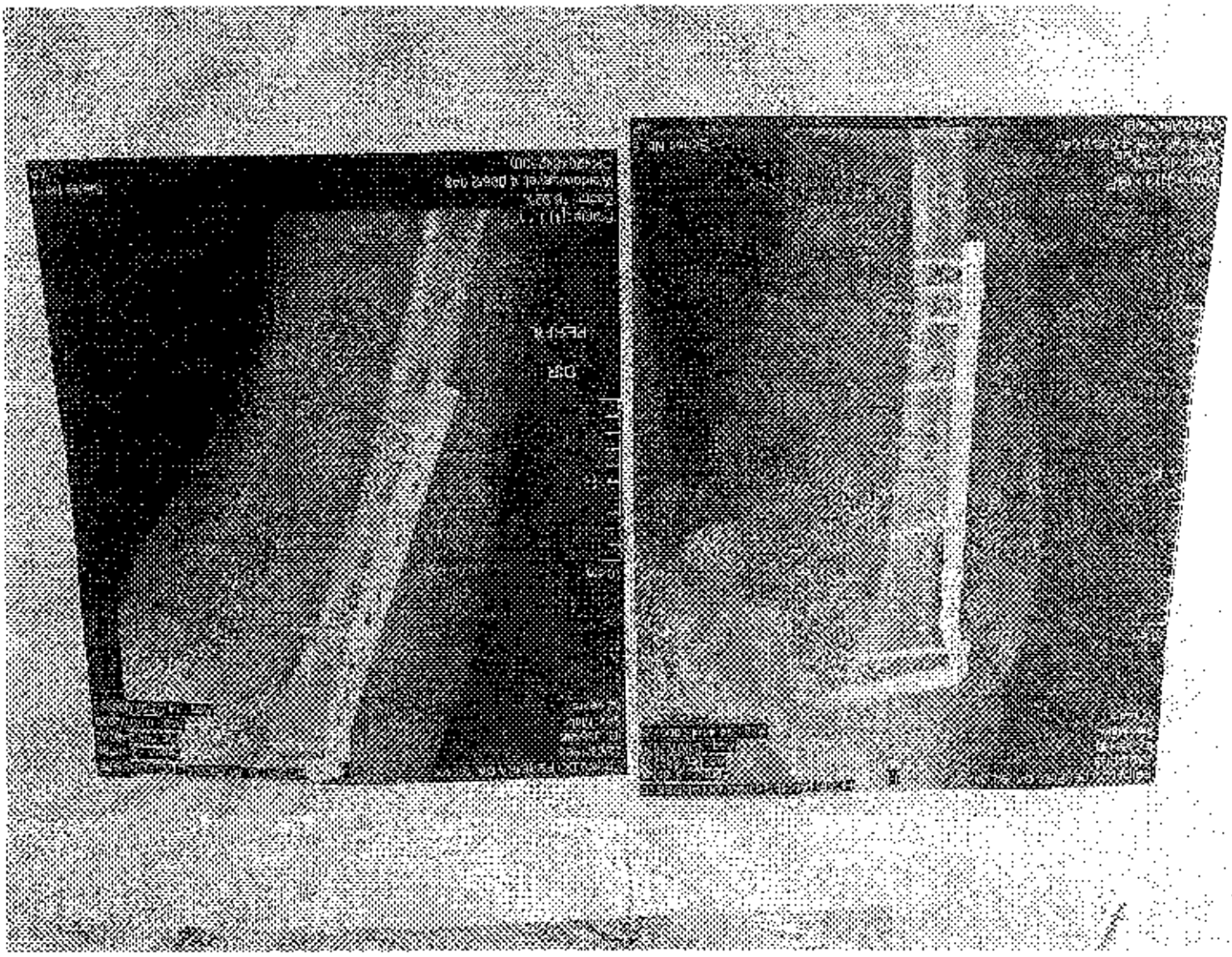
Dr. Paulo de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-11014

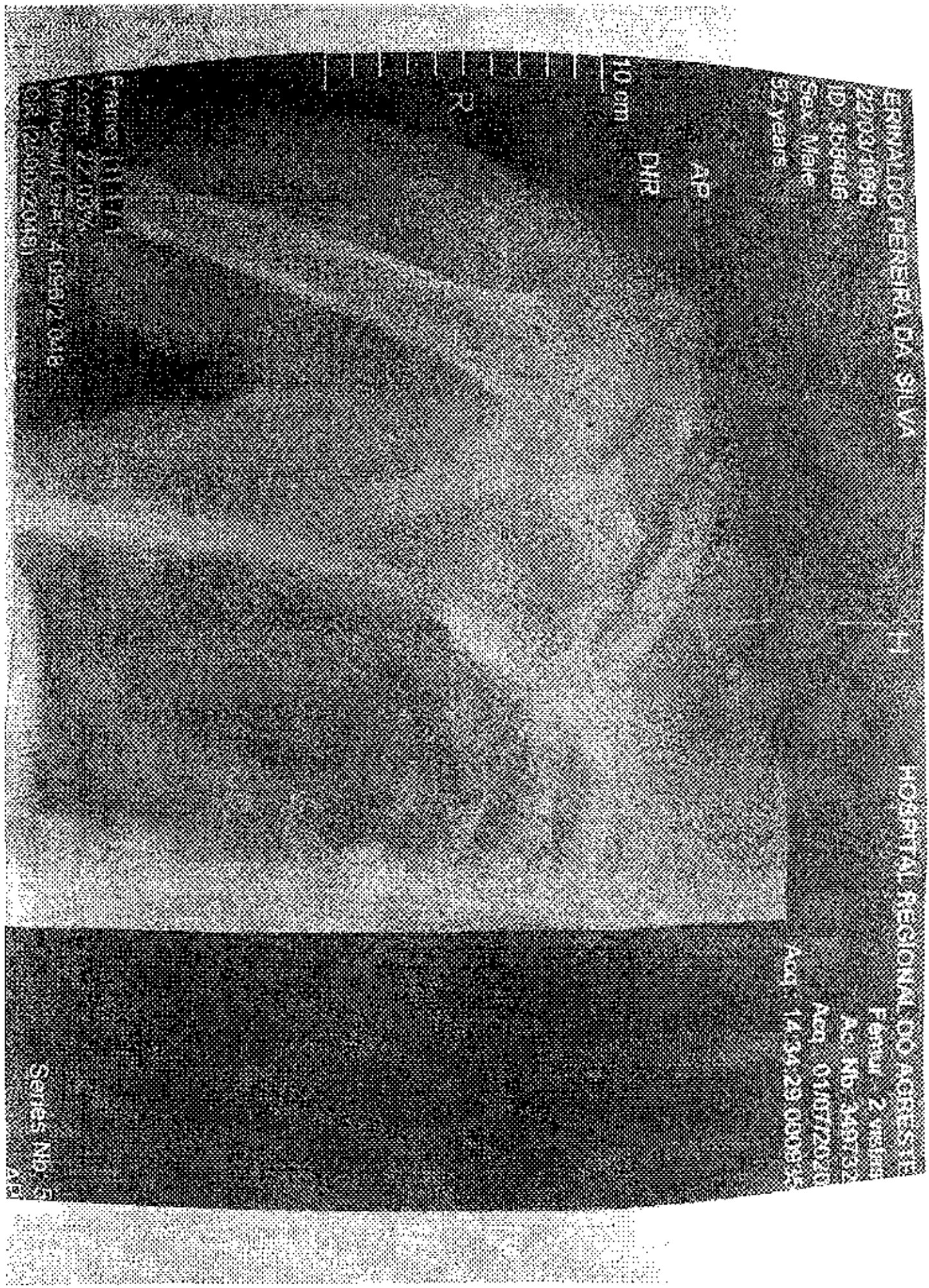
Data 01/07/2022

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o nico
Eleida Monteiro de Souza

1º Lugar 2º Concurso 89





VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.330.090 — 21/12/2010

<< RONALDO PEREIRA DA SILVA >>

<< MANOEL PEREIRA DA SILVA >>
<< SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO >>

FREI MIGUELINHO - PE — 22/03/1968

<< CC.30227-L.B102-F.244-CART.
1ºSUBDIST SEDE SANTO ANDRÉ SP 01.02.2006 >>

558.905.634-91

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E CRIMINAL (I.P.C.)

Evaldo da Pereira da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitalizado com CamScanner

DETRAN-PE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 11255-0 DIR. DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

10:48:37

Controle de Veículos - Relatório Geral Do Veículo

Placa:	KFV2606	UF:	PE
Renavam:	898106567		
Chassi:	9C2KC08107R037385		
Número do Motor:	KC08E17037385		
Proprietário:	KENNEDY QUEIROZ DOS SANTOS		
Município:	JAB GUARARAPES		
Marca/Modelo:	HONDA/CG 150 TITAN KS		
Fabricação/Ano:	2006 / 2007		
Cor:	PRATA		

Restrições Gerais:

Registro do contrato de Financiamento:		Data:	
Restrição 1:	COMUNICACAO DE VENDA		
Restrição 2:			
Restrição 3:			
Restrição 4:			
Observação restrição:			

Débitos:

IPVA:	Sim	Valor:	589,07
Licenciamento:	Sim	Valor:	756,72
Multas IPVA:	Não	Valor:	
Multas:	Sim	Valor:	191,54
DPVAT:	Sim	Valor:	96,88
Autuações em Tramitação:	Não	Valor:	

Gravame:

Último CRLV Emitido:

Exercício:	2010		
Emissão:	06/05/2010 SHOPPING GUARARAPES	Entrega:	
Destino:	ON-LINE	Retirante:	
Devolução:		Motivo:	
AR de Postagem:			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200217424
Cidade: Frei Miguelinho
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA
Data do acidente: 11/05/2020
Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura subtrocantérica do fêmur direito. Fratura da tíbia direita. Lesão vascular com lesão extensa de partes moles da perna direita. Fratura da clavícula direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico, vítima apresentando amputação transtibial à direita (abaixo do joelho direito), deambulando com necessidade de apoio. Deformidade com consolidação viciosa da clavícula e leve redução da amplitude de movimentos de abdução e adução do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Vítima admitida em unidade hospitalar com queixa álgica intensa, com lesão extensa em perna direita, provável fratura da clavícula direita e lesão vascular em membro inferior direito.
Sendo diagnosticada a fratura da clavícula direita, fratura do fêmur direito e fratura da tíbia direita. Em 11/05/2020 realizado procedimento cirúrgico com osteossíntese com redução da fratura com uso placa + parafusos interfragmentares + parafuso deslizante e corticais. Evoluindo com necrose extensa da perna direita, e devido a complexidade do quadro, sendo optado por amputação transtibial da perna direita. Tratamento conservador da fratura clavicular direita. Realizada antibioticoterapia, com alta hospitalar em 29/05/2020.

Sequelas permanentes: Amputação do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/06/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: A fratura da clavícula direita devido a data do acidente, optou-se por deixar em tratamento, devendo ser reavaliado após o prazo de 60 dias.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R$ 7.087,50
		Total	**52,5 %**	**R$ 7.087,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168423/20

Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 11/05/2020

CPF: 558.905.634-91 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ERINALDO PEREIRA DA SILVA : 558.905.634-91

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/06/2020	Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 574.940.534-68	CPF: 492.294.514-87
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Marta Marinho dos Santos

Seguradora LÍDER

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200217424 Data da solicitação: 21/07/2020 (DD/MM/AA)

Nome do beneficiário: ERINALDO PEREIRA DA SILVA CPF do beneficiário: 558.905.634-91

Nome do solicitante: CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 (DDD) Tel. Comercial: ( ) (DDD) Tel. Residencial: ( ) (DDD)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: LAUDO MÉDICO/DOC. IMAGEM (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que seja reanalisado meu processo pois fiz todo tratamento médico e mesmo assim me encontro com sequelas graves e o valor pago foi inferior ao que tenho direito, pois também tive fraturas em minha clavícula e não fui indenizado devidamente.

Frei Miguelinho, 21/07/2020
Local e Data

Erinaldo Pereira da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:
Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ERINALDO PEREIRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 3.330.090 SDS/PE e CPF: 558.905.634-91
DATA DO ACIDENTE: 11/05/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: ERINALDO PEREIRA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA CALISTO GOMES, Nº 112, LAGOA DE JOÃO CARLOS – FREI MIGUELINHO – PE – CEP 55.780-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº64, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE – CEP 55.750-000

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.** PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

FREI MIGUELINHO, 17 DE JUNHO DE 2020

Erinaldo Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168423/20

Número do Sinistro: 3200217424

Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 11/05/2020

CPF: 558.905.634-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

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: 09/07/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3200217424***

Nome do(a) Examinado(a): ***ERINALDO PEREIRA DA SILVA***

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA CALIXTO GOMES, 112 - Frei Miguelinho - PE - CEP 55780-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SDS /PE***] ***3330090***

Data e local do acidente: [***11/05/2020***] ***Frei Miguelinho***

Data e local do exame: [***25/06/2020***] ***Caruaru*** [***PE***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura subtrocantérica do fêmur direito. Fratura da tíbia direita. Lesão vascular com lesão extensa de partes moles da perna direita. Fratura da clavícula direita.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico, vítima apresentando amputação transtibial à direita (abaixo do joelho direito), deambulando com necessidade de apoio. Deformidade com consolidação viciosa da clavícula e leve redução da amplitude de movimentos de abdução e adução do ombro direito.

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

Vítima admitida em unidade hospitalar com queixa álgica intensa, com lesão extensa em perna direita, provável fratura da clavícula direita e lesão vascular em membro inferior direito. Sendo diagnosticada a fratura da clavícula direita, fratura do fêmur direito e fratura da tíbia direita. Em 11/05/2020 realizado procedimento cirúrgico com osteossíntese com redução da fratura com uso placa + parafusos interfragmentares + parafuso deslizante e corticais. Evoluindo com necrose extensa da perna direita, e devido a complexidade do quadro, sendo optado por amputação transtibial da perna direita. Tratamento conservador da fratura clavicular direita. Realizada antibioticoterapia, com alta hospitalar em 29/05/2020.

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

Amputação do membro inferior direito

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

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

NOTA DO REVISOR: A fratura da clavícula direita devido a data do acidente, optou-se por deixar em tratamento, devendo ser reavaliado após o prazo de 60 dias.

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE