
Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190627717

Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR ALVES 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

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190627717 Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIO CESAR ALVES DA SILVA

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, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
---------------------------------	--

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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190627717 Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIO CESAR ALVES DA SILVA

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, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190627717**

Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JULIO CESAR ALVES 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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190627717

Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO CESAR ALVES 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\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Recebedor: **JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.025,00**

Banco: **033**

Agência: **000004172**

Conta: **000001046670-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

021.280.133-30.

Filho Levan Alves da Silva.

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

5 - Nome completo:

Filho Levan Alves da Silva

6 - CPF:

021.280.133-30.

7 - Profissão:

auto novo.

8 - Endereço:

Rua 761 cid. Jardim II

9 - Número:

1

10 - Complemento:

Ap 303-803

11 - Bairro:

Jose Walter.

12 - Cidade:

Fortaleza.

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.000-000.

15 - E-mail:

58imperpica1@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(85) 9 8422-3357.

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander.

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4172

CONTA:

104 6670

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Fortaleza, 06 de novembro de 2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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:

021.280.133-30

4 - Nome completo da vítima:

Filipe Levan Alves da Silva

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

5 - Nome completo:

Filipe Levan Alves da Silva

7 - Profissão:

auto moto

8 - Endereço:

Rua 761 cid. Jardim II

6 - CPF:

021.280.133-30

11 - Bairro:

Jose Walter

12 - Cidade:

Botafogo

9 - Número:

1

10 - Complemento:

Ap 303-803

15 - E-mail:

Simpleira1@gmail.com

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

60.000-000

16 - Tel (DDD):

(85) 9.8422-3357

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)*

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4172

CONTA:

1046670

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Botafogo, 06 de novembro de 2019.

Filipe Levan Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Transferência entre contas realizado com sucesso.

Conta Origem:

4470/01.015495.6

Nome:

DOUGLAS

Conta de Destino:

4172/0000010466706

Nome Destino:

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

Instituição:

0033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Tipo Conta:

Conta Corrente Individual

ISPB:

90400888

Tipo de transferência:

Transferência entre contas

Valor:

R\$ 5,00

Data da transação:

13/11/2019 11:19:57

Autenticação bancária:

MBB35DECC12428DFCDC062B

Transferências entre contas Santander são ilimitadas e gratuitas no app Santander e Internet Banking, por tempo indeterminado. Em caso de alteração dessa condição, você será comunicado previamente.

Central de Atendimento Santander

4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800-702-3535 (Demais Localidades)

SAC 0800-762-7777

Ouvidoria 0800-726-0322

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190627717
Nome do(a) Examinado(a): Julio Cesar Alves da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Ru 761, 1 Ap 303 Bl 03 Qd 07
Prefeito Jose Walter Fortaleza CE CEP: 60748-266
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2003015043709
Data local do acidente: [05/08/2019]
Data local do exame: [23/11/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO 4º E 5º METATARSOS E FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO

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

Tratamento: EM CONFORMIDADE COM A DESCRIÇÃO CIRÚRGICA, FOI REALIZADA FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DO 5º DEDO. NO MOMENTO DA CIRURGIA FOI OBSERVADO LESÃO EXTENSA TAMBÉM NO 4º E 5º METATARSOS, QUE FORAM OPERADOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 15/11/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, BLOQUEIO METATARSO FALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º PODODÁCTILOS E INTERFALÂNGICO DO 5º PODODÁCTILO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO 4º E 5º DEDOS PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º 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.

- 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

4º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

5º DEDO DO PÉ - Lado 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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

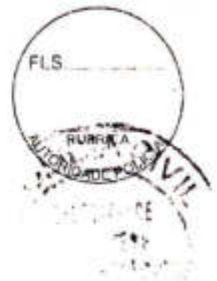
Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2967 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/09/2019 16:06:09**
Data / Hora da Ocorrência: **05/08/2019 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV VIRGÍLIO TAVORA C/ AV. PONTES VIEIRA ,
MEIRELES - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JULIO CESAR ALVES DA SILVA**
Nascimento: **03/04/1984** CPF: **021.280.133-30** UF: **CE**
CTPS: **5603335** Orgão Emissor: **CTPS**
Filiação: **MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA**
MANOEL FERREIRA DA SILVA
Endereço: **RUA MOURA MATOS, 1302 986799547 - DRAYCE**
Bairro: **PASSARE** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98537-8687**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORX1246** Uf: **CE** Município: **AQUIRAZ** Chassi:
9C2KC1680ER009038 Renavam: **598662146** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSIELIO MONTEIRO DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA ORX-1246 NA AV. VIRGÍLIO TAVORA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU NA REFERIDA MOTO JOGANDO A VITIMA CONTRA UM ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS, FICANDO A VITIMA LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

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:

021.280.133-30.

4 - Nome completo da vítima:

Filho Levan Alves da Silva.

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

5 - Nome completo:

Filho Levan Alves da Silva

6 - CPF:

021.280.133-30.

7 - Profissão:

auto moto.

8 - Endereço:

Rua 761 cid. Jardim II

9 - Número:

1

10 - Complemento:

Ap 303-803

11 - Bairro:

Jose Walter.

12 - Cidade:

Fortaleza.

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.000-000.

15 - E-mail:

58imperpica1@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(85) 9 8422-3357.

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)*

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander.

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4172

CONTA:

104 6670

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34 -

Assinatura digital da vítima ou beneficiário, quando aplicável, este

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Fortaleza, 06 de novembro de 2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04172

CONTA: 000001046670-6

Nr. da Autenticação 340160DFDFA2C85C

Scanned by CamScanner

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
JULIO CESAR ALVES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

ENDEREÇO

CIDADE

CEP

UF

DATA DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

SEGURANÇA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VITIMA DE COLÍSIÃO MOTO X ÔNIBUS POR VOLTA DA 16 HORAS, APRESENTA LESÃO EM PÉ DIREITO, NEGA COMORBIDADES

MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA

IDADE DO PACIENTE
39 (ADULTO)

SEXO
M

TEMPERATURA
36,5

PULSO
72

RESPIRAÇÃO
18

ÁREA ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Exame do pé direito em acidente de trânsito.

Exame do pé esquerdo normal.

DIAGNÓSTICO
Fratura do pé direito

TRATAMENTO
Imobilização com gesso

EXAMES
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRESENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO

ASSINATURA DO ATENDENTE

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

05/08/2019

08:30:00

() OUTROS

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO

ASSINATURA DO ATENDENTE

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Dr. Alex Wendell B. Lopes
Ortopedista Traumatologista
CREMEC: 10.109

28/08/19
Belen

PACIENTE: JOÃO ROBERTO ALVES DA SILVA

DATA OPERAÇÃO: 05 / 03 / 85 ENFERMEIRA: LEITE

1ª AJUDANTE: Dr. MAX LOPEZ 2ª AJUDANTE: --- INSTRUMENTAÇÃO: ANILAVAS Pêças

ANESTESISTA: Dr. FELIPE TIPO DE ANESTESIA: RAVIAVIAVIAVIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPUSA DO 5º METACARPO

TIPO DE OPERAÇÃO: ---

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: ---

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: φ

EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO: φ

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: φ

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

1. PACIENTE em posição decúbito supino.

2. ANESTESIA G. A. A. A. A. A.

3. POSICIONAMENTO DO PACIENTE.

4. ORIENTAÇÃO DO TÓRAX EXPONDO A ÁREA DE INTERESSE. 1º e 2º EXAMES RADIOGRÁFICOS.

5. REALIZAÇÃO DE INCISÃO DE 3 CM NA REGIÃO DO 5º METACARPO.

6. LAVAGEM COM SORO SALINO ANTISÉPTICO.

7. REDUÇÃO DA FRATURA POR MANEIRA FECHADA.

8. CURATIVO.

28 08 85
Belém

Grat. HDEBO-SAME-Desc. Oper-003

Dr. Max Wandell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 10107

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
JULIO CESAR ALVES DA SILVA

CADASTRO

ENDEREÇO

CIDADE

UF

CEP

13

ENDEREÇO

RUA MOUNA MATOS 1302 PASSARÉ

CONTATO

(06) 98837-8837

Nº DO REGISTRO
5156710

Nº DO SS
363220

SEXO
M

TIPO DE PACIENTE
PATIENTE

NOME DO RESPONSÁVEL
MARIA DE FÁTIMA ALVES DA SILVA

LOCAL DA OCORRÊNCIA NA PRONTO-SOCORRIMENTO DO PACIENTE

SEGURANÇA

CAUSA

VITIMA DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS POR VOLTA DA 16 HORAS, APRESENTA LESÃO EM PÉ DIREITO, NEGA COMORBIDADES

SINTOMAS

NI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA

ESCALA DE DOR

09 (ADULTO)

PRESO

NI

TEMPERATURA

NI °C

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALBÚMINE

NEGA

SINAIS VITAIS

SAT O2

NI%

PULSO

NI

DIAPHRAGMA

NI

DIAGNÓSTICO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MARCIENE SILVA DA CUNHA

DATA E HORA DO ATENDIMENTO
06/08/2019 19:34:42

ATENDIMENTO

02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ARCA ATENDIMENTO

ANOTAÇÕES

trauma no pé D em...
...no pé D AP/08/19

ATENDIMENTO MÉDICO

Acusar de...

EXAME FÍSICO
Exame físico do S. A. 02/08/19

EXAME LABORATORIAL
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X

08/08/2019

EXAME MICROSCÓPIO

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAXAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/BAIXA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CANAL DE ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 10.69

Assinado por Marciene Silva Da Cunha em 06/08/2019 19:34:42
declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 693 do Código Penal.

okelavabris

28 08 19
Biliana

IMPRESSO EM 06/08/2019 19:34:42

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JULIO CESAR ALVES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2003015043709 SSP

CE

CPF

021.280.133-30

DATA NASCIMENTO

03/04/1984

FILIAÇÃO

MANOEL FERREIRA DA
SILVA

MARIA DE FATIMA ALVES
DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

Nº REGISTRO

06722974403

VALIDADE

07/04/2021

1ª HABILITAÇÃO

06/10/2016

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

25/10/2017

IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

36722974403

CE161925391

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1548213509

PROIBIDO PLASTIFICAR

1548213509

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014142594580
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 598662146 0000000000 2018

JOSIELIO MONTEIRO DA SILVA
AQUIRAZ /CE

05711115308 ORX1246/CE

9C2K01680E009038

PAS/MOTOCICLO/NSD APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/CG150 FAN ESDI 2013 2014

2P/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

180.65 0.70 185.50 30/07/2018

180.65 0.70 185.50 30/07/2018

180.65 0.70 185.50 30/07/2018

180.65 0.70 185.50 30/07/2018

180.65 0.70 185.50 30/07/2018

AQUIRAZ  31/07/2018

Igor Pontes
Superintendente

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

CENº 014142594580 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05711115308 ORX1246/CE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 021 1284
47618450965

01 05711115308 ORX1246

598662146 HONDA/CG150 FAN ESDI

2013 PARTIC 9C2K01680E009038

81.29 9.63 90.33

4.15 0.70 185.50

30/07/2018

SEURADORA LIDER - DPVAT

MOTON: K16EBE009038

04536

04536

04536

04536

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190627717

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

Data do acidente: 05/08/2019

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º METATARSOS E FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, BLOQUEIO METATARSO FALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º PODODÁCTILOS E INTERFALÂNGICO DO 5º PODODÁCTILO

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391578/19

Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

CPF: 021.280.133-30

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIO CESAR ALVES DA SILVA : 021.280.133-30

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: 07/11/2019
Nome: JULIO CESAR ALVES DA SILVA
CPF: 021.280.133-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391578/19

Número do Sinistro: 3190627717

Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

CPF: 021.280.133-30

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 05/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JULIO CESAR ALVES DA SILVA : 021.280.133-30

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: 08/11/2019
Nome: JULIO CESAR ALVES DA SILVA
CPF: 021.280.133-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391578/19

Número do Sinistro: 3190627717

Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

CPF: 021.280.133-30

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JULIO CESAR ALVES DA SILVA : 021.280.133-30

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: 13/11/2019
Nome: JULIO CESAR ALVES DA SILVA
CPF: 021.280.133-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391578/19

Número do Sinistro: 3190627717

Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

CPF: 021.280.133-30

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 05/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JULIO CESAR ALVES DA SILVA : 021.280.133-30

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: 14/11/2019
Nome: JULIO CESAR ALVES DA SILVA
CPF: 021.280.133-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

ANDERSON DE SOUZA LEITE