
Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190510196

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588003

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588003

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 00000141695-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588003

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588003

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JECIVALDO DA CONCEICAO SALES**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **00000141695-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: 0534 013 CONTA: 143635 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (viveres)? ☐ 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



5067 2251 8432 8831

02/24

JECIVALDO C SALES
0534 013 00141695-8

e!c

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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: 0534 013 CONTA: 143635 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (viveres)? ☐ 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



5067 2251 8432 8831

02/24

JECIVALDO C SALES
0534 013 00141695-8

e!c



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029803/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/08/2019 11:22 Data/Hora Fim: 09/08/2019 11:22
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Sérgio Lopes de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões
Data/Hora do Fato: 13/07/2019 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: ramal liberdade
Complemento: transacriana

Bairro: Rural

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JECIVALDO DA CONCEIÇÃO SALES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 20/05/1987
Profissão: Não Informado
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Noemia da Conceição

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 918.815.952-34

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: POÇOS DA CALDA
Bairro: CIDADE NOVA
Telefone: (68) 99928-6109 (Celular)

Nº: 864



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE IA CONDUZINDO A MOTOCICLETA PLACA QLU8087, FACTOR, VERMELHA, QUANDO DEVIDO UM BURACO NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E VEIO AO CHÃO. O VEICULO FICOU POUCO DANIFICADO. POREM, O NOTICIANTE TEVE O BRAÇO ESQUERDO FRATURADO NA ALTURA DO OMBRO, ALEM DE LUXAÇÃO.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 029803/2019-A01

ASSINATURAS

Leandro Ayache Rocha
Agente de Polícia
Matrícula 9139805-1
Responsável pelo Atendimento

Jecivaldo da Conceição Sales
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (única) responsável pelas informações acima apresentadas e que não tenho conhecimento de quem tenha cometido o crime, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Cléber Gnatta
Delegado de Polícia Civil

Sérgio Lopes de Souza
Delegado de Polícia
Matrícula 9291482-1

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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: 0534 013 CONTA: 143635 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (viveres)? ☐ 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000141695-8

Nr. da Autenticação 317E19CC9E68AE7A

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000141695-8

Nr. da Autenticação BCABDFCD343FAB21

U CÓDIGO

5946-3

CONDIÇÕES VENCIMENTO CONSUMO (kW/h) TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019 28/06/2019 137 106,66

JECIVALDO DA CONCEIÇÃO SALES
R. POÇOS DE CALDAS, 862 CIDADE NOVA
CPF: 000091881595234
CEP: 69.905-440 - RIO BRANCO

ROT: 17.001.17:12 001240

GRUPO DA LITURA	100	2	DATA INSCRIÇÃO
Atual:	7664		21/06/2019
Anterior:	7467		22/05/2019
Consumo de Instalação	1,000		22/07/2019
Consumo Medido	137	FCAM	19/06/2019
Consumo Fictício	137		21/06/2019
			30

Forma de faturamento: NORMAL Código de irregularidade:
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL MONO 7225997 1.1.1.1 89

RESIDENCIAL	MONO	7225997	1.1.1.1	89
DESCRIÇÃO DA CONTA				
CONSUMO 137 A R\$ 0,74/607 = 101,73				
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSII) 4,93				
ADICIONAL BANHEIRA AMARELA - 0,40				
TARIFA DE TRIBUTACAO G H 137 - 6.000,00				

Mes/Anc 05/2019 Valor R\$ 129,94

LIQUE 0800 647 7196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVAÇÃO DO FISCO	CA41.8935.FDA4.2010.2997.9209.C16C.14A1
DESCRIÇÃO DA CONTA - R\$	
Quantidade:	31,96
Emprego:	37,96
Transmissão:	0,99
Encargos:	11,41
Impostos:	19,41
IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo:	101,73
Alíquota ICMS:	16,00%
Valor do ICMS:	16,27
Valor do PIS:	0,55%
Valor do COFINS:	2,55%

INDICADORES DE CONTABILIDADE	DIC	RIC	OMC	OCOR
Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Uso	6,27	12,54	25,08	1,92
Uso	0,44			7,85
				15,70
				3,71
				0,44
				58,29

SZO FRANCISCO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jaimealdo da Conceição Sales,

RG nº 30037310, data de expedição 28/08/17, Órgão SSP/PE,

CPF nº 838315852-34, 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>R. Rios de Cidada</u>
Número	<u>862</u>
Apto / Complemento	<u>case</u>
Bairro	<u>Cidade Nova</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>68905-440</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 999875923</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 29/08/2019

Assinatura do Declarante: Jaimealdo da Conceição Sales

MS/DATASUS HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO

Nº DO BE: 2655422 DATA: 13 10 2019
HORA: 06:02 SETOR: Sala de Jogo

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Jivaldo da Conceição Sales RG 10037110
NASCIMENTO: 20/05/1987 IDADE: 32 anos SEXO: (M)
ENDEREÇO: Rua Pôrto de Cabelos Nº: 864
COMPLEMENTO: BAIRRO: Cidade Nova
MUNICÍPIO: Rio Branco UF: AC TEL: 999286109
RESPONSÁVEL:

PAI: Norminda Sales Cabral MÃE: Normia da Conceição
MOTIVO DO ATENDIMENTO: Acidente de moto
LOCAL DA OCORRÊNCIA: AC 90 Km 72
CASO POLICIAL: (N) PLANO DE SAÚDE: (N) TRAUMA: (S)
ACID. TRABALHO: (N) VEIO DE AMBULÂNCIA: (N)

PA: (X) mm HG) PULSO: () TEMP.: ()

EXAMES: () RAIO X () SANGUE () URINA () TC
COMPLEMENTARES: () LIQUOR () ECG () ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLÍNICOS:

Fraqueza direita
Ombro E braço direito
Cef. redução m. c. ta
- 1 Rx cont. ta

DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO:

CID:

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

Diagnóstico: AINE
Prescrição: Aspirina 100mg
Horário da medicação: 1x ao dia

DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () A REVELIA () DESISTÊNCIA
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):
TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):
ÓBITO:
() ATÉ 48 HS () APÓS 48 HS () FAMÍLIA () IML () ANAT. PAT.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



Dra. Beisabeth Sanchez Perez

MEDICA DA FAMILIA / CRM - AC 2140

Receituário

Nome: Leivaldo Da Conceicao Sales

Idade: 31

Peso: _____

Data: _____

Para os devidos fins atesto que o paciente acima supramencionado, sofreu acidente de moto o dia 12/07/2019, com diagnóstico de Fratura do Terço proximal do úmero (E) com luxação do ombro (E) Foi submetido a tratamento conservador evolui com aumento de volume do ombro e região sup da escápula (E), com perda da força muscular do ombro e limitação funcional na abdução, flexão e rotação do ombro. É por tanto portador de seqüela definitiva e alta médica.

Rio Branco-Acre, 15 de Outubro de 2019

Dra. Beisabeth Sanchez Perez

CRM - AC 2140

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3190588003

Vítima: Jocimildo da Conceição Sales

Natureza : INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido paga apenas o valor de 337,50 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação medica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(68) 393975323 / (68) 393955141.

Jocimildo da Conceição Sales

Rio Branco/AC 22 de novembro de 20 13.



Dra. Beisabeth Sanchez Perez

MEDICA DA FAMILIA / CRM - AC 2140

Receituário

Nome: Josivaldo Da Conceicao Sales
Idade: 31 Peso: _____ Data: _____

Para os devidos fins, atesto que o paciente supramencionado, sofreu acidente de moto no dia 13/07/2019, com fratura de fratura do terço proximal do umero (E) e luxação do ombro (E). Foi submetido a tratamento conservador. Evoluindo com aumento de volume do ombro e região sup. da escapula (E), com perda da força muscular do ombro e limitação funcional na abdução de 100°; e da flexão de 120°. Sendo portador de sequelas definitivas. (ombro E 50%)
alta médica. Rio Branco-Acre, 15 de Outubro de 2019

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM - AC 2140

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE CIDADANIA
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

AC

NOME
JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
10037110 SSP AC

CPF
918.815.952-34

DATA NASCIMENTO
20/05/1987

FILIAÇÃO
RAIMUNDO SALES CABRAL
WENIA DA CONCEICAO

PERMISSÃO
PROVISÓRIA

CCC
000000000

CAT. HAB.
2

Nº REGISTRO
04808430980

VALIDADE
22/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
11/11/2009

OBSERVAÇÕES
ativado de conceicao sales

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
29/09/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
ACRE

01309047754
AC467759489

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1480408032

PROIBIDO PLASTIFICAR
1480408032



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

DETTRAN - AC

Nº 014720892503

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 01 01129380618

EXERCÍCIO 2019

2 JECIVALDO DA CONCEIÇÃO SALES

NOME

3 Nº Lacre: AC0000664823

4

5

6

7 918.815.952-34

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

CONTRAN

CONTRAN

11/07/2019

AL.FID. BANCO YAHAMA MOTOR DO BRASIL S.A.

BEN. TRIBUTARIO

RIO BRANCO - AC

11/07/2019

AC Nº 014720892503

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAO DPVAT 0800 022 1204

1 918.815.952-34

EXERCÍCIO 2019

2 01129380618

11/07/2019

3 YAHAMA/YBR150 FACTOR E

ALU6087

4 9

PC6RG311030016598

5

ALU6087

6

ALU6087

7

ALU6087

8

ALU6087

9

ALU6087

10

ALU6087

11

ALU6087

12

ALU6087

13

ALU6087

14

ALU6087

15

ALU6087

16

ALU6087

17

ALU6087

18

ALU6087

19

ALU6087

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.500.000/0001-04

APR / 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588003 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - REDUÇÃO INCRUENTA. P1 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO, DR. BEISABETH SANCHEZ PEREZ, 2140, AC, PÁGINA 2, DATA 15/10/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588003 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO ESQUERDO (ÚMERO PROXIMAL)

Descrição do exame físico: EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL 90° GRAU NA ABDUÇÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO DELTOIDE ESQUERDO, PERCA DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR,
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 10 % DO OMBRO ESQUERDO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 40 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

**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: 3190588003
Nome do(a) Examinado(a): Jecivaldo da Conceicao Sales
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pocos de Caldas, 862 Casa
Q Rio Branco AC CEP: 69905-440
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / AC] 214818
Data local do acidente: [13/07/2019]
Data local do exame: [05/12/2019] RIO BRANCO [AC]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE OMBRO ESQUERDO (ÚMERO PROXIMAL)
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CONSERVADOR.
Complicações: NÃO HOUVE.
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL 90° GRAU NA ABDUÇÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO DELTOÍDE ESQUERDO, PERCA DA FORÇA MUSCULAR.
- 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:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL 90° GRAU NA ABDUÇÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO DELTOÍDE ESQUERDO, PERCA DA FORÇA MUSCULAR.
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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 | 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CPF - 066.102.151-38
CRM/AC - 2140

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301977/19

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

CPF: 918.815.952-34

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: JECIVALDO DA
CONCEICAO SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES : 918.815.952-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/09/2019
Nome: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES
CPF: 918.815.952-34

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361018/19

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

CPF: 918.815.952-34

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: JECIVALDO DA
CONCEICAO SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES : 918.815.952-34

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: 16/10/2019
Nome: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES
CPF: 918.815.952-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361018/19

Número do Sinistro: 3190588003

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

CPF: 918.815.952-34

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: JECIVALDO DA
CONCEICAO SALES

CPF de: Próprio

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: 27/11/2019
Nome: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES
CPF: 918.815.952-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301977/19

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

CPF: 918.815.952-34

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: JECIVALDO DA
CONCEICAO SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES : 918.815.952-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/09/2019
Nome: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES
CPF: 918.815.952-34

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix