



Número: **0015576-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|--|--------------------|
| PAULO RIBEIRO DA SILVA (AUTOR) | | PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | | |
| ARUANA SEGUROS S.A. (REU) | | | |
| RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 73753070 | 19/01/2021 14:17 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |



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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685421

Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO RIBEIRO 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,

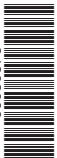
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15209817

Pag. 01757/01758 - carta_01 - INVALIDEZ

00030879





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

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685421

Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO RIBEIRO 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\$ 843,75 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **PAULO RIBEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000051**

Conta: **00000110326-1**

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

Pag. 01063/01064 - carta_15R - INVALIDEZ

00020532





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
093.302.344-88 Paulo RIBEIRO DA SILVA

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

Nome completo: Paulo RIBEIRO DA SILVA CPF: 093.302.344-88

Profissão: Advogado Endereço: Rua Juliana de Pinheiro Número: 88 Complemento:

Bairro: 2ª etapa Cidade: Canavieiras Estado: AC CEP: 55010-130

E-mail: lrcwp Tel (DDD): (81) 99304-6299

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 330326 AGÊNCIA: CONTA:

Autoreio a Seguradora Lider 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.

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 Lider 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Canavieiras (PE), 08/12/19

Nome: CPF:

Assinatura

2º Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018

PAULO RIBEIRO DA SILVA

Agencia 0051

Operação 013

Conta 110326-1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 664ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000986

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/09/2019 às 16:57

Complementa o BO Número: 19E0154000984

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/9/2018 às 17:00

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ÁGUA PRETA, 1, PRÓXIMO AO PRESÍDIO DA CIDADE -**

Bairro: **CENTRO - ÁGUA PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)

DEBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (OUTRO)

ANA CRISTINA ALVES DA SILVA (OUTRO)

PAULO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANA CRISTINA ALVES DA SILVA**

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA MAELIA DA SILVA Pai: JOÃO RIBEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 28/4/1984 Naturalidade: FLEXEIRAS / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 2006993/SDS-PE (RG) 98330234483 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: RUA JACKSON DO PANDEIRO, 286, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM MARANGUAPE - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DEBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

ANA CRISTINA ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DEBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA que estava em



possuidor(a) (Sua): **ANA CRISTINA ALVES DA SILVA**
 Categoria/Vitima/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Recb. **PCC1677** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C2KF2206JR014385**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A CONDUTORA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA ESTAVA VINDO DA PRAIA DESTINO A CARUARU-PE, QUANDO PRÓXIMO AO PRESIDIO DE AGUAS BELAS PERDEU O CONTROLE NUMA CURVA E VEIO AO SOLO JUNTAMENTE COM O GARUPA (VITIMA) QUE VINHA EM SUA COMPANHIA, PAULO RIBEIRO DA SILVA, O QUAL FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE PLANALTES-PE E EM SEGUIDA REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE TEVE TRATAMENTO CIRURGICO DE PATEIA ESQUERDA POR VOLTA DAS 17:00 HORAS.

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA
 (VITIMA)

Paulo Ribeiro da Silva

E.O. registrado por: **SEVERINO EVILDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **158.816-3**

Severino Evildo do Nascimento
 Comissário Especial de Polícia
 Matr. 158.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência N°. 19E0154000984

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/09/2019 às 16:33

Complementado pelo BO Número: 19E0154000986

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/9/2019 às 17:00

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE AGUA PRETA, 1, PRÓXIMO AO PRESÍDIO DA CIDADE**

Bairro: **CENTRO - AGUA PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/ AGENTE)

DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (OUTRO)

PAULO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

PAULO RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA MÁELIA DA SILVA Pai: JOÃO RIBEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 28/4/1984 Nacionalidade: FLEXEIRAS / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 2088902/SDSPE (RG) 09330234488 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: RUA JACKSON DO PANDEIRO, 286, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM MARANGUAPE - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO RIBEIRO DA SILVA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150 Objeto apreendido: Não Cor: AZUL - Quantidade: 1 (UNIDADE)



Placa: **PCC1677** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C2KF2266JR614386**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A CONDUTORA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA ESTAVA VINDO DA PRAIA DESTINO A CARUARU-PE, QUANDO PRÓXIMO AO PRESÍDIO DE ÁGUAS BELAS PERDEU O CONTROLE NUMA CURVA E VEIO AO SOLO JUNTAMENTE COM O GARUPA (VÍTIMA) QUE VINHA EM SUA COMPANHIA PAULO RIBEIRO DA SILVA, O QUAL FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE PLAMARES-PE E EM SEGUNDA REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE TEVE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATEIA ESQUERDA POR VOLTA DAS 17H00 HORAS.

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA
(VÍTIMA)

Paulo Ribeiro da Silva

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.818-3**

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 093.302.344-88 Nome completo da vítima: Paulo Roberto da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Paulo Roberto da Silva CPF: 093.302.344-88

Profissão: Advogado Endereço: Rua Jackson de Paiva, 100 Número: 88 Complemento: _____

Bairro: 2ª etapa Cidade: Corumbá Estado: MS CEP: 55010-130

E-mail: paulo@adv.br Tel. (DDD): (11) 99304-6299

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 110326 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Corumbá (MS), 08/12/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (decitante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU PEDIDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018

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: | 18/12/2019 |
|------------------------|------------|

| | |
|----------------------|--|
| NUMERO DO DOCUMENTO: | |
|----------------------|--|

| | |
|--------------|--------|
| VALOR TOTAL: | 843,75 |
|--------------|--------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000110326-1

Nr. da Autenticação 8B879F77681817D6



Itaúcard

Walmart
Brasil



ANA CRISTINA ALVES DA SILVA
R JACKSON DO PANDEIRO 280
JOAO MOTA
55010-130 CARUARU - PE

PC-00



130019

Postagem: 13/09/2019
Vencimento: 27/09/2019
Emissão: 13/09/2019
Fechamento próxima fatura: 13/10/2019

Resumo da fatura em R\$

| | |
|---|---------------|
| Total da fatura anterior | 728,26 |
| Pagamento efetuado em 29/08/2019 | - 728,26 |
| Saldo finalizado | 0,00 |
| Encargos (financiamento + monetário) | 22,07 |
| Lançamentos atuais | 405,12 |
| Total desta fatura | 627,19 |

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Título: ANA CRISTINA ALVES DA SILVA
Cartão: 0062.XXXX.XXXX.6668

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento
27/09/2019

A) pagamento total
627,19

B) pagamento mínimo
136,93

C) parcelas fixas
48,08
+23x 48,08

Veja outras opções na 2ª folha

Se Pagamento mínimo optando por pagar quanto antes e salvar dinheiro nesta opção o total da fatura, não está financiando a diferença pelo crédito restante. Se você optar por pagamento inferior ao pagamento mínimo, vai se tratar em parcelas, inscreva em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Limite total de crédito | R\$ 1.100,00 |
| Limite utilizado no mês | 627,19 |
| Resto de recursos (saldo disponível) | 50,00 |
| Resto de recursos (exteriorização) | 175,00 |

Lançamentos: compras e saques

| DATA | ESTABELECIMENTO | VALOR EM R\$ |
|-------|--------------------------|--------------|
| 27/08 | AMS MAGAZINE LTDA 03/06 | 136,35 |
| 28/08 | CARUARU | |
| 28/08 | CASA DO FOGUETEIRO 03/03 | 42,68 |
| 28/08 | CARUARU | |
| 28/08 | MALHARIA SAO PAULO 03/04 | 21,20 |
| 28/08 | CARUARU | |
| 28/08 | GAZIN ATACADO 03/06 | 67,82 |
| 28/08 | DOURADINA | |
| 28/08 | FARMACIA DIAMANTE 03/03 | 20,00 |
| 28/08 | CARUARU | |
| 28/08 | MERCADO PAGO *BAR 02/02 | 37,50 |
| 28/08 | OSASCO - SP | |
| 31/08 | MALHARIA SAO PAULO 02/02 | 39,90 |
| 31/08 | CARUARU | |
| 03/09 | SUMUP *ARLEYSTUD 03/02 | 42,50 |
| | SÃO PAULO | |

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Continua...



Banco Itaú S.A. 341-7
Número do Documento: 00134213416/0103545
Nome do Pagador (CPF/CNPJ): ANA CRISTINA ALVES DA SILVA - 015.762.234-45
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ): FIPERCAO BANCO MULTIPLO S.A. - 01.012.230/0001-69
Endereço do Beneficiário: AV. B. BARBOZA, 251, 1 A GRACAS - RECIFE - PE

34191.75348 21341.692040 00173.090002 5 000

Nome do Pagador
Valor do Documento
Vencimento

Recibo do pagador
175/4213416-8
R\$ 627,19
27/09/2019
Autenticação Manufatura

| | | | | | |
|---|--------------|--|--|--|--|
| Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.75348 21341.692040 00173.090002 5 000 | | | |
| <p>Local de Pagamento Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e juros adicionais. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.</p> <p>Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ) FIPERCAO BANCO MULTIPLO S.A. - 01.012.230/0001-69 AV. B. BARBOZA, 251, 1 A GRACAS - RECIFE - PE</p> <p>Nome do Pagador ANA CRISTINA ALVES DA SILVA - 015.762.234-45</p> <p>Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ) FIPERCAO BANCO MULTIPLO S.A. - 01.012.230/0001-69 AV. B. BARBOZA, 251, 1 A GRACAS - RECIFE - PE</p> <p>Nome do Pagador (CPF/CNPJ) ANA CRISTINA ALVES DA SILVA - 015.762.234-45 R. JACKSON DO PANDEIRO 280 - JOAO MOTA - 55010-130 CARUARU - PE</p> <p>Sacador Sacador: Anônimo</p> | | | | | |
| <p>Data de Vencimento 27/09/2019</p> <p>Assinatura / Carimbo Beneficiário 28/08/2019 17:00-5</p> <p>Assinatura / Carimbo Pagador 175/4213416-8</p> <p>Valor do Documento R\$ 627,19</p> <p>Valor Pago R\$ 627,19</p> <p>Valor Pago R\$ 627,19</p> | | | | | |



Autenticação Manufatura - Ficha de Compensação



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR. EVERTON MARCELO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR //

1º Assistente: Instrumentador: JUAN Anestesiologista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 09/09/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE // 3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

seg. 9 de setembro de 2019

DR. EVERTON MARCELO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR //

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR. EVERTON MARCELO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR //

1º Assistente: Instrumentador: Anestesiologista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 09/09/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE // 3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

seg. 9 de setembro de 2019

DR. EVERTON MARCELO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR //





COOPERATIVA DOS MÉDICOS
E ENFERMEIROS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 3114

Nome: Paulo Ribeiro da Silva

342838

SUS

HRA

1

35

02

40

09

09

19

Procedimento: Fratura exposta de patela e

80

120

90

10

20

10

10

10

10

10

Imunismo

Procedimento de Fratura exposta e
Desbridamento cirurgico

A mesma

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100

100 - 100





100 - 100

100 - 100

Dr. Henrique Siebra

Anestesiologista



| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
|   | | SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO HOSPITAL REGIONAL DE PULMÕES DR. GILBERTO FERREIRAS MACHADO | |   | |
| FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA | | | | | |
| Nome: <u>Raulo Filipe da Silva</u> | | Idade: <u>35 anos</u> | | Sexo: <u>Homem</u> | |
| Data de Nascimento: <u>28/04/1984</u> | | | | | |
| Endereço: <u>Curitiba</u> | | | | | |
| Destino do Paciente: <u>HRA</u> | | Senha: <u>5766810</u> | | | |
| MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA | | | | | |
| ANAMNESE: <u>Queixa de Histerectomia com alena e ferimento em peitos Exposto.</u> | | | | | |
| EXAME FÍSICO: <u>Edema, erosião, presença de ferimento com saída de hematomas fatisma em topografia de fatisma</u> | | | | | |
| DROGAS ADMINISTRADAS: <u>Tramadol 100 mg, EV</u> <u>Lidocaina 2g, EV</u> | | | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES: <u>Rx</u> | | | | | |
| HD: <u>Frisura de Pulmões Exposta Exposta</u> | | | | | |
| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: | | | | | |

DATA: 09/09/2019

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Queimado dos Pulmões, BR 101 - Km 185 - Pulmões - PE.
CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3661-5430







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.T. 49



POLEGA DA MÃO DESTA



Paulo Ricardo da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO

TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

07/06/2002

2.086.903

Nome Paulo Ribeiro da Silva

Mãe RIBEIRO da SILVA

Pai AMARAL da SILVA

Excel 286/AL

Nº de Matrícula

28/04/1984

DATA DE NASCIMENTO

Cidade NASCIMENTO, 28.4.11, FLS. 267

Nº de Origem

MENINAS/AL

SINTEGRA

15115-733

29.08.03

Dr. José Maria

Dr. A. V. Andrade



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

O acidente é uma coisa que não deve ser apreciada, para evitar maior

para uma coisa que é preciso ser pesquisada.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela distração.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2ª VIA



Número 035968 Série 00022

Paulo Roberto da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Santo Rubeiro da Silva

Loc. Nascimento Flexeiras Est. AL Data 28/04/84

Filiação João Rubeiro da Silva e

Margarida Anelina da Silva

Doc. Nº VRG-2086903 SSP PE.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº

Exp. em/...../..... Estado

Obs.:

Data Emissão 04/08/09 SRTE SDT Camarao

Rozario Pinto

06732

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

093.302.344-88

Nome

PAULO RIBEIRO DA SILVA

Nascimento

28/04/1984



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015100999954
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 000-RENAVAMA: 1150167/2019 RUA TRC: EXERCÍCIO: 2019

NOME: DEBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA

CARUARU-PE

CPF/CNPJ: 064.067.684-11 PLACA: ECC1677

PLACA ANT./UF: *****/PE CHASSI: SC2K22200JR014385

ESPÉCIE TIPO: FAS /MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/PCX 150 ANO FAB: 2018 ANO MOD: 2018

CAP/POT/OIL: 29/149CL CATEGORIA: PARTIC CLS PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª 66666666

FAKIA LEVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2ª 66666666

A 1 3ª 66666666

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.111 JOF (R\$): 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): 80.431 DATA DE PAGAMENTO: 22/02/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVAÇÃO DE PONTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CARUARU *Roberto Dantas* DATA: 02/02/2019

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

PE Nº 015100999954 BILHETE DE 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE

VIA: 1 000-RENAVAMA: 1150167/2019 RUA TRC: EXERCÍCIO: 2019

NOME: DEBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA

CARUARU-PE

CPF/CNPJ: 064.067.684-11 PLACA: ECC1677

CHASSI: SC2K22200JR014385

MARCA/MODELO: HONDA/PCX 150

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$): 36.03 DENATAM (R\$): 3.02 CUSTO DO SEGURO (R\$): 50.00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15 JOF (R\$): 0.22 SOLA RESPONSABILIDADE (R\$): 04.50

PARCELAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE OUTORAÇÃO: 13/02/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685421 **Cidade:** Água Preta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA, DEBRIDAMENTO, SUTURA E CURATIVO) E ALTA MÉDICA. P.2,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685421 **Cidade:** Água Preta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA, DEBRIDAMENTO, SUTURA E CURATIVO) E ALTA MÉDICA. P.2,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439818/19

Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 093.302.344-88

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 08/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA : 093.302.344-88

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: 09/12/2019
Nome: PAULO RIBEIRO DA SILVA
CPF: 093.302.344-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

PAULO RIBEIRO DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

