

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01958

CONTA: 000000054226-5

Nr. da Autenticação 2B1003F6289A05C7

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: 31/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01958

CONTA: 000000054226-5

Nr. da Autenticação 105487EC8BF9240A

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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

Documentação médico-hospitalar

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, 22 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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

Documentação médico-hospitalar

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, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 0000054226-5

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, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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, 03 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Nº Sinistro: 3190028100
OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190028100**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14142532



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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 quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 0000054226-5

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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	879.250.013-72	Osivan Nogueira Noronha
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Osivan Nogueira Noronha		879.250.013-72
Endereço:	Bairro:	Cidade:
Rua João José Lopes Ferreira Filho	Pio novo	Caracul
Estado:	CEP:	Tel.(DDD):
CE	62.850-000	(85) 98851.3726

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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: 1958 ☐ CONTA: 00054226 ☐ 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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: Caracul 08 Janeiro 2019	TESTEMUNHAS	Investprev Seguradora S/A
Nome: _____	1ª Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	11 JAN 2019
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura	CNPJ: 42.366.302/0001-28
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____	
	CPF: _____	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura	
Assinatura do Procurador (se houver)		

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL



Impresso nº 20196693

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 20 / 2019

Investprev Seguradora S/A

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/01/2019 13:59:41**
Data / Hora da Ocorrência: **07/06/2018 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR CE 040**
Complemento:
Bairro: Município: **CASCADEL/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO BRISA DO LADO**

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **OSIVAN NASCIMENTO MORENO**
Nascimento: **21/10/1980** CPF: **879.250.013-72**
RG: **331274698** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA NASCIMENTO MORENO**
OSMUNDO INACIO MORENO
Endereço: **RUA JOR JOÃO LOPES FERREIRA FILHO, 3571**
Bairro: **RIO NOVO**
Município: **CASCADEL/CE** CEP: **62.850-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98795-2012**

Histórico

Ciente dos crimes cominados nos artigos 340 a 342 do código penal brasileiro, Narra o noticiante; Que no dia 07/06/2018 estava pilotando uma motocicleta modelo HONDA/ CG 150FAN, placa OSF2074/CE, registrada no nome de ELISVANDO DE PAIVA LIMA, na antiga CE040, próximo ao BRISA DO LADO, quando veio a colidir com um TRATOR, modelo pá mecânica, que vinha na sua frente; Que ao colidir veio ao solo, ocasionando lesões no corpo, fratura no colo do fêmur, e em outras regiões de seu corpo; Que foi socorrido pelo SAMU, e recebendo os primeiros socorros, sendo removido para o hospital local e em seguida para o IJF; QUE estão em anexo as cópias: CNH DO CONDUTOR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, GUIA HOSPITALAR, DECLARAÇÃO DO SAMU, CRLV DO VEICULO; Que compareceu nessa DP para registrar o fato; Que seu intuito é requerer o seguro DPVAT; E nada mais disse; QUE VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTE PROCEDIMENTO, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB)

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

VERA LÚCIA OLIVEIRA DE CARVALHO - MAT.: 108703-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	879.250.013-72	Osivan Nogueira Noronha
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Osivan Nogueira Noronha		879.250.013-72
Endereço:	Bairro:	Cidade:
Rua João José Lopes Ferreira Filho	Pio novo	Caracul
Estado:	CEP:	Telefone:
CE	62.850-000	(85) 98851-3726
E-mail:		

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

RECEITA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1958	CONTA: 00054226	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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no CNM) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: Caracul 08 Janeiro 2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
	11 JAN 2019
	CNPJ: 42.366.302/0001-28
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
	Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.**




Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar do **Sr. OSIVAN NASCIMENTO MORENO**, portador da identidade n.º 3312746-98, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 879.250.013-72, no dia 07/06/2018, às 19h04, município de Cascavel-CE, na Rodovia CE 040, próximo a entrada do Brisa do Lago, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e trator, sendo removido para o **Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças** e em seguida para o **IJJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Persira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 08 de novembro de 2018.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Investprev Seguradora
035189894

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA GRACILIA OLIVEIRA

End. Leitura: AV JOR JOR E F. FALHO, 35146, ALTO LUMINOSO, CENTRO

CEP: 82850-000

Cidade: CRACUEL

End. Entrega:

Cidade:

Local: 047

Sala: 001

Quadrante: 0051

Lote: 0722

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço:

Medidor:

Leitura Anterior:

Leitura Atual:

Volumen:

Até dia Semestre (m³):

Água:

A125242422

325

332

7

5

DATAS

Leitura Anterior: 11/12/2018

Emissão: 11/12/2018

Leitura Atual: 368462

Leitura Anterior: 00/11/2018

Próxima Leitura: 01/01/2019

Leitura Especifica:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE AO 10/2018

Nº de Amostras:

Cloro:

Turbidez:

Cor:

Coliformes Totais:

Escherichia Coli

Entrada:

046

046

010

046

046

Avaliação:

039

039

010

039

039

sem conformidade:

039

020

002

035

039

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Água:

34,80

0,71

0,42

0,71

0,42

MULTA DE 2%:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

0,71

Juros de 0,03% ao dia:

0,71

0,42

0,71

0,42

....., 1971-1972, 1973-1974, 1975-1976, 1977-1978, 1979-1980, 1981-1982, 1983-1984, 1985-1986, 1987-1988, 1989-1990, 1991-1992, 1993-1994, 1995-1996, 1997-1998, 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016, 2017-2018, 2019-2020, 2021-2022, 2023-2024, 2025-2026, 2027-2028, 2029-2030, 2031-2032, 2033-2034, 2035-2036, 2037-2038, 2039-2040, 2041-2042, 2043-2044, 2045-2046, 2047-2048, 2049-2050, 2051-2052, 2053-2054, 2055-2056, 2057-2058, 2059-2060, 2061-2062, 2063-2064, 2065-2066, 2067-2068, 2069-2070, 2071-2072, 2073-2074, 2075-2076, 2077-2078, 2079-2080, 2081-2082, 2083-2084, 2085-2086, 2087-2088, 2089-2090, 2091-2092, 2093-2094, 2095-2096, 2097-2098, 2099-2100, 2101-2102, 2103-2104, 2105-2106, 2107-2108, 2109-2110, 2111-2112, 2113-2114, 2115-2116, 2117-2118, 2119-2120, 2121-2122, 2123-2124, 2125-2126, 2127-2128, 2129-2130, 2131-2132, 2133-2134, 2135-2136, 2137-2138, 2139-2140, 2141-2142, 2143-2144, 2145-2146, 2147-2148, 2149-2150, 2151-2152, 2153-2154, 2155-2156, 2157-2158, 2159-2160, 2161-2162, 2163-2164, 2165-2166, 2167-2168, 2169-2170, 2171-2172, 2173-2174, 2175-2176, 2177-2178, 2179-2180, 2181-2182, 2183-2184, 2185-2186, 2187-2188, 2189-2190, 2191-2192, 2193-2194, 2195-2196, 2197-2198, 2199-2200, 2201-2202, 2203-2204, 2205-2206, 2207-2208, 2209-2210, 2211-2212, 2213-2214, 2215-2216, 2217-2218, 2219-2220, 2221-2222, 2223-2224, 2225-2226, 2227-2228, 2229-2230, 2231-2232, 2233-2234, 2235-2236, 2237-2238, 2239-2240, 2241-2242, 2243-2244, 2245-2246, 2247-2248, 2249-2250, 2251-2252, 2253-2254, 2255-2256, 2257-2258, 2259-2260, 2261-2262, 2263-2264, 2265-2266, 2267-2268, 2269-2270, 2271-2272, 2273-2274, 2275-2276, 2277-2278, 2279-2280, 2281-2282, 2283-2284, 2285-2286, 2287-2288, 2289-2290, 2291-2292, 2293-2294, 2295-2296, 2297-2298, 2299-2300, 2301-2302, 2303-2304, 2305-2306, 2307-2308, 2309-2310, 2311-2312, 2313-2314, 2315-2316, 2317-2318, 2319-2320, 2321-2322, 2323-2324, 2325-2326, 2327-2328, 2329-2330, 2331-2332, 2333-2334, 2335-2336, 2337-2338, 2339-2340, 2341-2342, 2343-2344, 2345-2346, 2347-2348, 2349-2350, 2351-2352, 2353-2354, 2355-2356, 2357-2358, 2359-2360, 2361-2362, 2363-2364, 2365-2366, 2367-2368, 2369-2370, 2371-2372, 2373-2374, 2375-2376, 2377-2378, 2379-2380, 2381-2382, 2383-2384, 2385-2386, 2387-2388, 2389-2390, 2391-2392, 2393-2394, 2395-2396, 2397-2398, 2399-2400, 2401-2402, 2403-2404, 2405-2406, 2407-2408, 2409-2410, 2411-2412, 2413-2414, 2415-2416, 2417-2418, 2419-2420, 2421-2422, 2423-2424, 2425-2426, 2427-2428, 2429-2430, 2431-2432, 2433-2434, 2435-2436, 2437-2438, 2439-2440, 2441-2442, 2443-2444, 2445-2446, 2447-2448, 2449-2450, 2451-2452, 2453-2454, 2455-2456, 2457-2458, 2459-2460, 2461-2462, 2463-2464, 2465-2466, 2467-2468, 2469-2470, 2471-2472, 2473-2474, 2475-2476, 2477-2478, 2479-2480, 2481-2482, 2483-2484, 2485-2486, 2487-2488, 2489-2490, 2491-2492, 2493-2494, 2495-2496, 2497-2498, 2499-2500, 2501-2502, 2503-2504, 2505-2506, 2507-2508, 2509-2510, 2511-2512, 2513-2514, 2515-2516, 2517-2518, 2519-2520, 2521-2522, 2523-2524, 2525-2526, 2527-2528, 2529-2530, 2531-2532, 2533-2534, 2535-2536, 2537-2538, 2539-2540, 2541-2542, 2543-2544, 2545-2546, 2547-2548, 2549-2550, 2551-2552, 2553-2554, 2555-2556, 2557-2558, 2559-2560, 2561-2562, 2563-2564, 2565-2566, 2567-2568, 2569-2570, 2571-2572, 2573-2574, 2575-2576, 2577-2578, 2579-2580, 2581-2582, 2583-2584, 2585-2586, 2587-2588, 2589-2590, 2591-2592, 2593-2594, 2595-2596, 2597-2598, 2599-2600, 2601-2602, 2603-2604, 2605-2606, 2607-2608, 2609-2610, 2611-2612, 2613-2614, 2615-2616, 2617-2618, 2619-2620, 2621-2622, 2623-2624, 2625-2626, 2627-2628, 2629-2630, 2631-2632, 2633-2634, 2635-2636, 2637-2638, 2639-2640, 2641-2642, 2643-2644, 2645-2646, 2647-2648, 2649-2650, 2651-2652, 2653-2654, 2655-2656, 2657-2658, 2659-2660, 2661-2662, 2663-2664, 2665-2666, 2667-2668, 2669-2670, 2671-2672, 2673-2674, 2675-2676, 2677-2678, 2679-2680, 2681-2682, 2683-2684, 2685-2686, 2687-2688, 2689-2690, 2691-2692, 2693-2694, 2695-2696, 2697-2698, 2699-2700, 2701-2702, 2703-2704, 2705-2706, 2707-2708, 2709-2710, 2711-2712, 2713-2714,

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Maurício Ferreira da Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.980.842 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Olivan Maximiano Noroño, inscrito (a) no CPF sob o Nº 879.250.013 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Irrevocável da Vítima Olivan Maximiano Noroño, inscrito (a) no CPF sob o Nº 879.250.013 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. João Maximiano Fontinelle</u>		Número <u>3309</u>	Complemento
Bairro <u>Rio novo</u>	Cidade <u>Cascavel</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>62800-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(85) 98851-3726</u>

Cascavel 08 de Janeiro de 2019
Local e Data

JOSÉ MAURÍCIO F. DA SILVA
Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elisvando de Paiva Lima
RG nº 2003015093497 data de expedição 17/09/2003
Órgão SSP-CE portador do CPF nº 017.855.223-29 com
domicílio na cidade de Cascavel no Estado de
Paraná onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Monarca Teama Dorc, Jardim Primavera, nº 261
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Osivan Nascimento Mesquita cujo o condutor era
(o mesmo) Osivan Nascimento Mesquita.

Veículo: moto
Modelo: Honda / CG 150 FAN ES I
Ano: 2013 / 2013
Placa: OSF 2074
Chassi: 9C2KC16700R507609
Data do Acidente: 07/06/2018
Local e Data: 17/09/2018

Elisvando de Paiva Lima
Assinatura do Declarante

Osivan Nascimento Mesquita
Assinatura do Condutor

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28





INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATESTADO MÉDICO

NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF DEVIDO FRATURA DE TERCO PROXIMAL DE FEMUR DIREITO FIXADO COM HASTE INTRAMEDULAR E ACETABULO DIREITO OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

PACIENTE, ATUALMENTE, EVOLUI COM MELHORA CLINICA, DOR RESIDUAL E DEAMBULANDO COM AUXILIO DE UMA MULETA CANADENSE.

AO SETOR DE PERÍCIAS.

CID: S72/S324

FORTALEZA, 05 DE OUTUBRO DE 2018

Dr. José Frota
Médico
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e carimbo do Médico

**Registro de Atendimento
Emergencial**

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 07/06/2018 21:31:52	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNE: 700597987340960		NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO				Registro: 5566198	
CPF: 87925001372		RG: 331274898		D. NASC: 21/10/1980		ESTADO CIVIL	
				SEXO: M		RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: FRANCISCA DO NASCIMENTO MORENO				NOME DO PAI: OSMUNDO INACIO MORENO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: JORNALISTA JOAO LOPES FERREIRA FILHO		Nº: 3571		BAIRRO: ALTO LUMINOSO	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 886165855		MUNICÍPIO: CASCAVEL		UF: CE CEP: 62850000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MARIA GRACILDA OLIVEIRA				PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE: 886165855	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus							
QUEIXAS: POLITRAUMA HÁ HORAS, ECG16-TRAZIDO PELO SAMU							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Impressão

Resumo de alta



NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
 LETO:
 DATA DE INTERNACAO: 07/06/2018
 DATA DA ALTA: 10/07/2018
 B2/PRONT: 5586186
 CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
 IDADE: 37
 DIAGNOSTICOS: Fratura do colo do fêmur (OPERADA)
 CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: 25/06 DR ROBSON: OSTEOSINTESE FRATURA COLO FEMUR D COM HASTE INTRAMEDULAR R07/07 EM VISITA DISCUTIDO COM DR MARCOS GIPAO QUE ORIENTOU ALTA DA TO COM RETORNO EM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DO DR ROBSON
 STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
 STAFF DO LEITO: 97
 RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 23/06/2018 - Segunda-Feira									
33	10	13:30	1319	ROBSON ALVES			CAIXA DE DCS + PFN LONGO CX BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES FRAG + FIO DE CERCLAGEM + KIT BASICO: CX OSTEO TOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACONCX PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM	MESA RADIOTRANSAPARENTE + INTENSIFICADOR DE IMAGENS BE:5586198	MARCADA

10/07/18

FRATURA DO COLO DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

retorno em 15 dias
para ambulatório de Robson

Dr. Rodrigo Otávio Duarte
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18533

Marca
 por:
 HALIN
 MAG/
 em:
 21-06
 9:07:0

imgelink



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em re: Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
LEITO:
DATA DE INTERNACAO: 07/06/2018
DATA DA ALTA: 10/07/2018
DEMPRONT: 5566198
CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
IDADE: 37
DIAGNOSTICOS: Fratura do colo do fêmur (OPERADA)
CONDUITA DECIDIDA PARA CADA LESAO: 25/06 DR ROBSON: OSTEOSINTESE FRATURA COLO FEMUR D COM HASTE INTRAMEDULARRRN07/07 EM VISITA DISCUTIDO COM DR MARCOS GIRAQ QUE ORIENTOU ALTA DA TO COM RETORNO EM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DO DR ROBSON
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
STAFF DO LEITO: 07
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: Dr. Rodrigo Otavio Duarte
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 16533

Retornar dia: / / Hora: para Dr. _____

Data: 10/07/18

Dispensa do trabalho por: 90 dias

PROFESSORA MUNICIPAL DE
ENSINO FUNDAMENTAL II - 1ª SÉRIE
ANEXO

INSCRIÇÃO Nº

Investprev Seguradora S/A

22 JAN 2019

CNPJ 42.366.302/0001-28

Nome do(a) Aluno(a)

Nome do(a) Responsável

Assinatura do(a) Responsável

Assinatura do(a) Aluno(a)

Assinatura do(a) Professor(a)

Assinatura do(a) Diretor(a)

Assinatura do(a) Coordenador(a)

Assinatura do(a) Supervisor(a)

Assinatura do(a) Auxiliar

Assinatura do(a) Auxiliar

Assinatura do(a) Auxiliar

Assinatura do(a) Auxiliar

2/01/19

MÉDICO

Dados da reclamação

Protocolo: 2366813/2019
Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.

Via: Internet
Data: 29/03/2019

Dados do reclamante

Segurado: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
CPF/CNPJ: 879.250.013-72
UF: CEARÁ

Dados de contato

E-mail: karine_carvalhofranca@hotmail.com
Telefone: (85) 98851-3726
Endereço: RUA JOR JOAO LOPES FERREIRA FILHO, 3571
CEP: 62.840-000

Celular:
Bairro: RIO NOVO
Cidade: BEBERIBE

Dados da denúncia

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição dos fatos: SR ANALISTA, FUI INDENIZADO NO VALOR DE R\$ 1.687,50, DE FORMA DIRETA E SEM A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA, VALOR MUITO INFERIOR AO MEUS DANOS PESSOAL, DE ACORDO COM A TABELA DA LEI 6194 ALTERADA PELAS LEIS 11482 E 11945. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITO A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA MEDICA PARA A AFERIAÇÃO DA EXTENSÃO DO MEU DANO PESSOAL COBERTO PELA LEI 6194 ALTERADA PELA LEI 11482 E 11945

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos**Atendente****Data**

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

29/03/2019 12:42:22

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

D

OSIVAN NASCIMENTO MORENO
5566198 DOB: 21-Oct-1980

Age:037Y M

UF
FR FRED Series #:

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

D

TR FRED

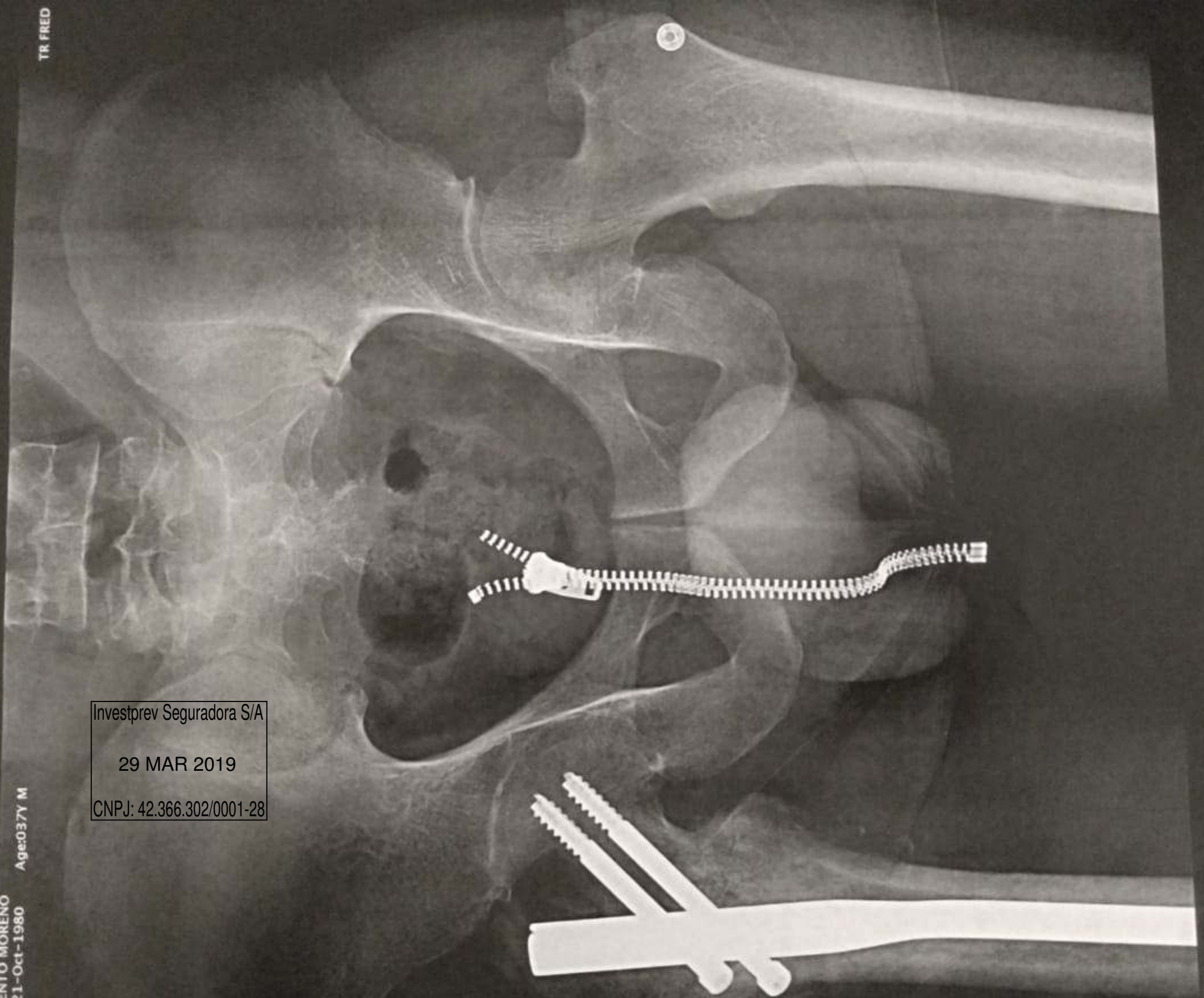
VAN NASCIMENTO MORENO
6198 DOB: 21-Oct-1980

Age: 037Y M

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Dados da reclamação

Protocolo: 2366813/2019
Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.

Via: Internet
Data: 29/03/2019

Dados do reclamante

Segurado: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
CPF/CNPJ: 879.250.013-72
UF: CEARÁ

Dados de contato

E-mail: karine_carvalhofranca@hotmail.com
Telefone: (85) 98851-3726
Endereço: RUA JOR JOAO LOPES FERREIRA FILHO, 3571
CEP: 62.840-000

Celular:
Bairro: RIO NOVO
Cidade: BEBERIBE

Dados da denúncia

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição dos fatos: SR ANALISTA, FUI INDENIZADO NO VALOR DE R\$ 1.687,50, DE FORMA DIRETA E SEM A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA, VALOR MUITO INFERIOR AO MEUS DANOS PESSOAL, DE ACORDO COM A TABELA DA LEI 6194 ALTERADA PELAS LEIS 11482 E 11945. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITO A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA MEDICA PARA A AFERIAÇÃO DA EXTENSÃO DO MEU DANO PESSOAL COBERTO PELA LEI 6194 ALTERADA PELA LEI 11482 E 11945

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos**Atendente****Data**

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

29/03/2019 12:42:22

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

D

OSIVAN NASCIMENTO MORENO
5566198 DOB: 21-Oct-1980

Age:037Y M

UF
FR FRED Series #:

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

D

TR FRED

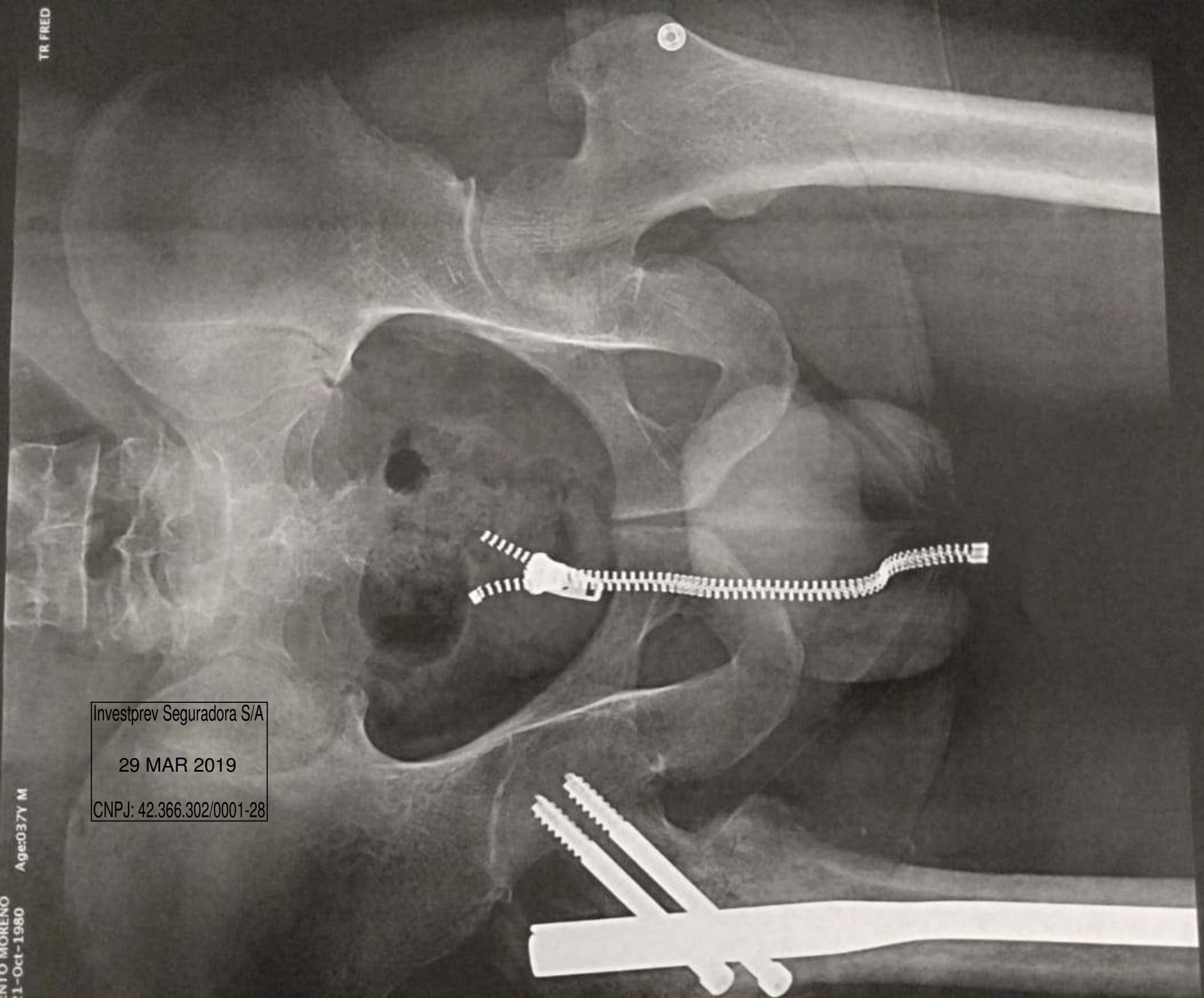
VAN NASCIMENTO MORENO
6198 DOB: 21-Oct-1980

Age: 037Y M

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Dados da Reclamação**Protocolo:**
2372356/2019**Situação:**
Encaminhamento automático**Via:**
Internet**Reclamada:**
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**
24/05/2019 10:02:14**Dados do reclamante****Beneficiário:**
OSIVAN NASCIMENTO MORENO**UF:**
CEARÁ**CPF/CNPJ:**
879.250.013-72**Formas de contato****E-mail:**
karine_carvalhofranca@hotmail.com**Telefone:**
(85) 98851-3726**Celular:**
(85) 98851-3726**Endereço:**
AV JOÃO PESSOA 7164 APTO 201**Bairro:**
PARANGABA**CEP:**
60.721-340**Cidade:**
FOTALEZA

Investprev Seguradora S/A

27 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados da denúncia**Assunto:**
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

SR ANALISTA, A SEGURADORA LÍDER ME INDENIZOU EM \$1.687,50 DE FORMA DIRETA E SEM PERICIA, O QUE ME PREJUDICOU MUITO, POIS FUI MAL AVALIADO. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITO DE FORMA EMERGENCIAL, A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA. PARA A CORRETA AFERIÇÃO DA EXTENSÃO DO MEU DANO PESSOAL COBERTO NA LEI 6194 ALTERADA PELA LEI 11482 E 11945. FOI GRAVE O MEU ACIDENTE E AINDA HOJE SOFRO AS SEQUELAS. A FRATURA FOI DE TERÇO PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO FIXADO COM HASTE INTRAMEDULAR E DO ACETÁBULO DIREITO.

O SAC da empresa foi acionado?
Não**Documentos**

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3190/028100

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação. Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep. Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui		24/05/2019 10:02:14





UF
TMJRED Series #1

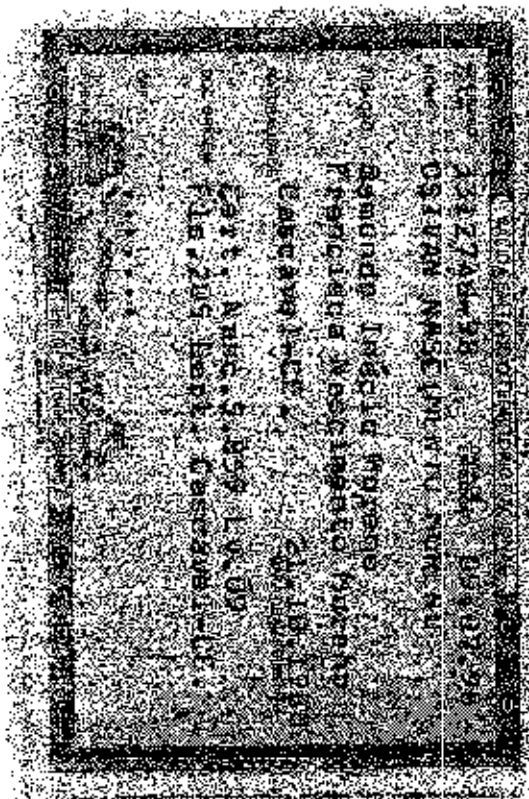
OSIVAN NASCIMENTO MORENO
3566198 DOB: 21-Oct-1990

OSIVAN NASCIMENTO MORENO
5566198 DOB: 21-Oct-1980

Age: 032Y M

UF
JAN FRED Series #:





MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA
Departamento de Administração

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **OSÉYAN NASCIMENTO MORAES**

Nº da Inscrição: **879250013-72** Data de Nascimento: **21/10/60**

Esta carteira é o documento de identificação de PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitida e autenticada pelo Sistema, sendo sua validade garantida na Legislação vigente.

Oséyan Nascimento Moraes

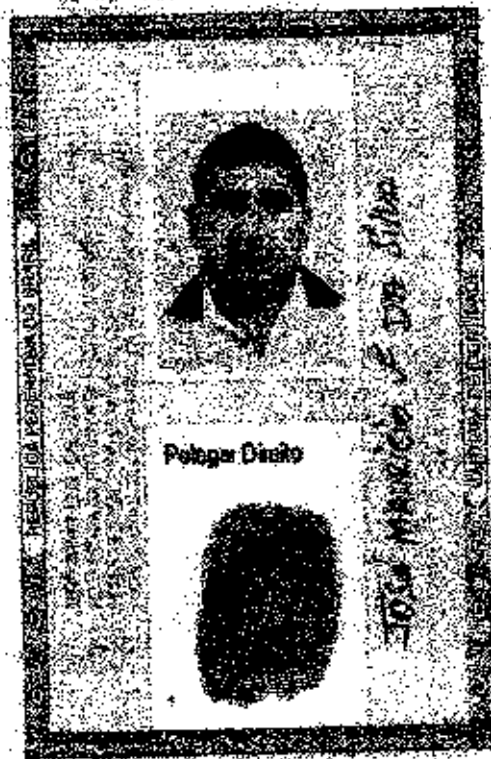
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitida em: **06/02/88**

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

IDENTIFICACAO - VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS DO BRASIL

2001121540 - 8

18-01-2018

JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

2001 CALIXTO DA SILVA

MARIA DEIXA FERREIRA DA SILVA

01/02/1972

PORTALEZA - CE

CENT. TACAN - 07 AVEN. DIV. - CANTORIO GUARACES TERMO 473

RUA: 107 LINDOIA DE CARLAVIA - CE

CE: 420.300.443-33

DE: 425501

P.: 1

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE

CONTABILIDADE

24 AGO 2018

17

OL. Ferreira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028100 **Cidade:** Cascavel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO,
FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR COM HASTE INTRAMEDULAR,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. CLAUDIO EUFRASIO, CRM 4078, EM 21/01/2019.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Dados da reclamação

Protocolo: 2330831/2019
Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.

Via: Internet
Data: 04/02/2019

Dados do reclamante

Segurado: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
CPF/CNPJ: 879.250.013-72
UF: CEARÁ

Dados de contato

E-mail: karine_carvalhofranca@hotmail.com
Telefone: (85) 98851-3726
Endereço: RUA JOR JOAO LOPES FERREIRA FILHO
CEP: 62.850-000

Celular:
Bairro: 3571
Cidade: CASCABEL

Dados da denúncia

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores
Descrição dos fatos: SR ANALISTA, MEU PROCESSO INDENIZOU NO VALOR DE R\$ 1687,50 DE FORMA DIRETA, SEM PERICIA E COM ISSO FUI IMENSAMENTE PREJUDICADO POR CONTA DA MÁ AVALIAÇÃO DOCUMENTAL. SOLICITO EM CARATER DE URGENCIA PERICIA MEDICA PARA AFERIÇÃO DE MEU DANO PESSOAL COBERTO PELA LEI 6194 ALTERADA PELA 11482 E 11945.

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos

Atendente

Data

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

04/02/2019 12:41:07

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

Investprev Seguradora S/A

11 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

E-mail enviado para karine_carvalhofranca@hotmail.com

04/02/2019 12:41:07

Texto:

Prezado(a) senhor(a),

Comunicamos que sua reclamação foi transmitida, nesta data, à ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso V.Sa. não seja atendido, satisfatoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento desta comunicação, poderá ser formalizada DENÚNCIA junto à Susep, pessoalmente ou por carta, em um dos endereços indicados abaixo, munido de cópia dos documentos que podem ser consultados no link abaixo, visando à abertura de processo administrativo, para apuração de irregularidades.

<http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo>

Esclarecemos, por oportuno, que, no âmbito de competência desta Autarquia, poderão ser aplicadas sanções administrativas, caso fiquem comprovadas irregularidades.

Assim, para fins de recebimento de valores que V.Sa. considere devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prescricionais previstos no Código Civil Brasileiro.

Endereços da SUSEP:

Rio de Janeiro – Sede
Av. Presidente Vargas, 730 – Centro
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20071-900

São Paulo
Rua Formosa, 367 - 26º andar - Edifício CBI
São Paulo – SP – CEP: 01049-000

Distrito Federal
Setor Bancário Sul, Quadra 1 – BL.K – 13º andar – Ed. Seguradora
Brasília – DF – CEP: 70093-900

Rio Grande do Sul
Rua Coronel Genuíno, 421 - 11º andar
Centro Histórico - Porto Alegre - RS - CEP 90010-350

AO ENTRAR EM CONTATO COM A SUSEP INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

Investprev Seguradora S/A

11 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

A reclamação será transmitida à Ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso não haja atendimento satisfatório no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de encaminhamento da reclamação, o reclamante poderá requerer a abertura de processo administrativo, pessoalmente ou por carta, munido de cópia dos documentos comprobatórios relacionados ao teor da reclamação.

Esclarecemos que, no âmbito de competência da SUSEP, poderão ser aplicadas sanções administrativas caso fiquem comprovadas irregularidades.

Assim, para fins de recebimento de valores considerados devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prescricionais previstos no Código Civil Brasileiro

SUSEP, em 04/02/2019

Reclamante / Representante: _____

Atendente: _____

Matrícula Siape:

Investprev Seguradora S/A

11 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028100 **Cidade:** Cascavel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO,
FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR COM HASTE INTRAMEDULAR,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: <u>OSIMAN DA SILVA MOURA</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>	
Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>RETIRO</u>	Carteira de Identidade: <u>3312746-98</u>	
CPF nº: <u>879250013-72</u>	Residência: <u>JORNALISTA JOÃO LEOPOLDO FERREIRA FARIAS</u>		
Bairro: <u>ALTO LUMINOSO</u>	Cidade: <u>CASCAVEL</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>62.850-100</u>

OUTORGADO:

Nome: <u>JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>	
Estado Civil: <u>DIVORCIADO</u>	Profissão: <u>AUTONOMO</u>	Carteira de Identidade: <u>2006747508-6</u>	
CPF nº: <u>420.980.842-34</u>	Residência: <u>RUA: JOÃO DAMASCENO FONTINELLE, 3309</u>		
Bairro: <u>RIO NOVO</u>	Cidade: <u>CASCAVEL</u>	Estado: <u>CEARA</u>	CEP: <u>62850-000</u>

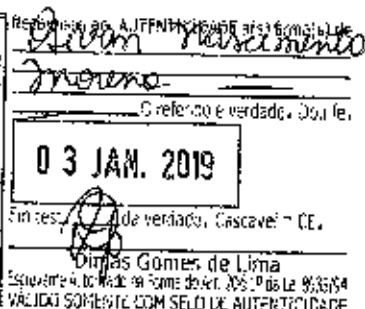
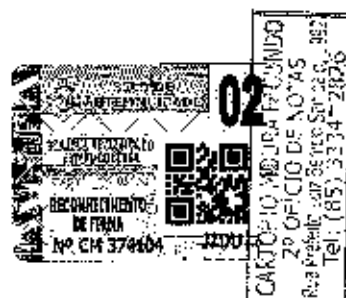
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à Seguradora Líder ou qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) OSIMAN DA SILVA MOURA, ocorrido em 07.1.06.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os formulários e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Cascavel, 16 de junho de 2018.

Osman Moura
OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012487/19

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

CPF: 879.250.013-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/06/2018

Titular do CPF: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA : 420.980.842-34

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

OSIVAN NASCIMENTO MORENO : 879.250.013-72

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: 11/01/2019
Nome: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA
CPF: 420.980.842-34

JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva