

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: VALDIR SOARES DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 5.544.984, expedida pela SSP/SP, inscrito no CPF sob o n.º 024.101.394-18, residente e domiciliado no Sítio Carau, n.º 71, Zona Rural, Tracunhaém/PE, CEP 55.805-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o n.º 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com

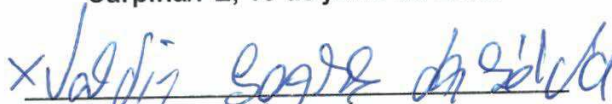
PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

TERMO DE CARÊNCIA

DECLARO, nos termos da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Carpina/PE, 10 de julho de 2019.


Outorgante

Av. Fagundes Varela, 988. Sl. 10. Jardim Atlântico. Olinda. PE (81) 32032699/9.98989933
jm_adv08@hotmail.com



TERMO DE RESPONSABILIDADE

VALDIR SOARES DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 5.544.984, expedida pela SSP/SP, inscrito no CPF sob o n.º 024.101.394-18, residente e domiciliado no Sítio Carau, n.º 71, Zona Rural, Tracunhaém/PE, CEP 55.805-000.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Carpina/PE, 10 de julho de 2019.

Valdir Soares da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
VALDIR SOARES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5544984 SSP PE

CPF
024.101.394-18

DATA NASCIMENTO
19/08/1977

FILIAÇÃO
AUGUSTO SOARES DA SILVA
BERNARDETE TEJANO DA SILVA

Nº REGISTRO
03191348391

VALIDADE
32/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
11/02/2004

OBSERVAÇÕES
 KAR

Assinatura do Portador
Valdir Soares da Silva

LOCAL
CARPINA, PE

DATA EMISSÃO
23/08/2018

Assinatura do Emissor
 Carlos Antônio Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente

PERNAMBUCO

144913462616
 PED087474920

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1680040946

PROIBIDO PLASTIFICAR
1680040946





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 18.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDIR SOARES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CARAU 71

CPF 024 101 394-18 NIS 12435006057

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Mondésico

RURAL/TRACUNHAEM RURAL
TRACUNHAEM PE
55805-000

Nº DA NOTA FISCAL: 031457055
SÉRIE: ÚNICA
EMISSÃO: 12/09/2018
APRESENTAÇÃO: Nº DO CLIENTE: 2003002700
Nº DA INSTALAÇÃO: 4194580

CONTA CONTRATO: 4012437370
MÊS/ANO: 09/2018
DATA DE VENCIMENTO: 19/09/2018
DATA PRÓXIMA PROPOSTA-LEITURA: 15/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 6,75

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,1869459	5,60
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,65
Contribuição Iluminação Pública			0,33
Multa por atraso-NF 023799088 - 12/07/18			0,15
Juros por atraso-NF 023799088 - 12/07/18			0,08
Atualização IGPM-NF 023799088 - 12/07/18			0,04
TOTAL DA FATURA			6,75

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
83371638	CAT	13/09/2018	6 832,98		12/09/2018	6 887,00		30	1,00000		54,02

Mês/ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
SET 18 30	ICMS		
AGO 18 30	PIS		
JUL 18 36	COPINF	6,15	1,03
JUN 18 77		6,18	4,88
MAY 18 30			0,26
ABR 18 40			
MAR 18 40			
FEV 18 30			
JAN 18 30			
DEZ 17 57			
NOV 17 42			
OUT 17 42			
SET 17 58			

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,17829990

8FD0 42FC 30FC C0B5 357F 7F0F 4957 2D8A

Pague no ponto mais perto de você, agências bancárias, mercados, supermercados, lojas de conveniência, etc. ou diretamente no site www.celpe.com.br. Consulte o código de barras para verificar a validade da fatura. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO				
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
18/09/18	13/09/18	3,00		

COLÍZIO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CONDOM	1,77	11,01	22,03	44,07	220	202 231
DRG	1,00	7,67	15,34	30,69		
ONG	1,77	5,98	0,00	0,00		

Limites DCE: 18,00 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 2,70

CONTA CONTRATO: 4012437370
MÊS/ANO: 09/2018
DATA DE VENCIMENTO: 19/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 6,75





Prefeitura
Municipal de
Nazaré da Mata

HORÁRIO CHAMADO: 15:31
CHEGADA AO LOCAL: 15:42

Saída do hospital: 21:38
Hora da conclusão: 23:30

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 27/06/2018 Distrito: _____ Número da Ocorrência: 495087

Motivo da Solicitação: ☐ UTI ☒ Básica ☐ Helicóptero

☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO

☐ Clínicos ☐ Clínicos

☒ Causas Externas ☐ Causas Externas

☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICOS

☐ HANGAR ☐ PSIQUIÁTRICO

☐ METROPOLITANO ☐ TROTES/CANCELADAS

☐ ÓBITO ☒ REMOÇÃO - Senha 5457138

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Valdir Soares da Silva 16/08/77 Idade: _____ anos

Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: _____ Fone: _____

End. Res.: Sta. Catarina Bairro: _____

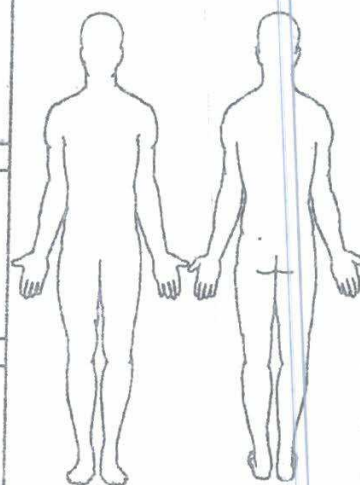
Solicitante: Vanessa Fone: _____

End. Ocor.: _____ Bairro: _____

Referência: _____

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. do Trauma
<input checked="" type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Motociclista	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejeção
<input type="checkbox"/> Passageiro/Trás		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal
Uso do Cinto	Uso do Capacete		<input type="checkbox"/> Impacto lateral
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições
<input checked="" type="checkbox"/> Carro ou Moto	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógeno	<input type="checkbox"/> Fogo
Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Outros	() 1° () 2° () 3°
Placa:		Agente causador	<input type="checkbox"/> Fumaça
			<input type="checkbox"/> Subst. Química
Agr. Física	Queda	Agressões	
<input type="checkbox"/> Semi-afogamento	<input type="checkbox"/> Própria altura	<input type="checkbox"/> Arma de fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física
<input type="checkbox"/> Soterramento	<input type="checkbox"/> Outra altura	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Maus tratos
<input type="checkbox"/> Engano	Aproximadamente	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Abuso sexual
<input type="checkbox"/> Outros	_____ metros	Tipo: _____	



CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: vítima de capotamento de carro, foi arremessado, com possível fratura de clavícula (E), laceração orelha (K), escoriações braços (E)

Hipótese Diagnóstica Conhecida: _____

AValiação Clínica:

Temperatura	Glicemia (HGT)	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
162	162	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Satimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
Vias aéreas	Pulso	<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retratação Xifóide
94	74	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios
PA 160x120		<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tiragem Inter
RN: 35-50	RN: 120-160	<input type="checkbox"/> Cor da pele Normal	<input type="checkbox"/> Distúrbio fala/choro	<input type="checkbox"/> Circulação PA
Ad: 16-20	Ad: 60-110			





SAMU
192

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária

- ☐ Alerta
☐ Resposta Verbal
☐ Resp. estímulos Dolor
☐ Irresponsivo

Sinais de Disf. Cerebral

- ☐ Déficit Motor
☐ Desvio de Comissura Labial
☐ Dificuldade de Fala

Avaliação das Pupilas

- ☐ Isocóricas
☐ Anisocóricas
☐ Midríase
☐ Miose

NATUREZA DA LESÃO

- ☐ Lesões Intra-abdominais
☐ Lesões Intra-torácicas
☐ Presença/Sangue

Fratura - Ossos Longos

- ☐ Aberta ☐ Fechada

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular

- Abertura Ocular Espontânea
Abertura Ocular à Voz
Abertura Ocular à Dor
Sem Abertura Ocular

5
3
2
1

Resposta Verbal

- Orientado
Confuso
Resposta Inapropriada
Sons Ininteligíveis
Sem resposta Verbal

5
4
3
2
1

Resposta Motora

- Obedece Comando
Localiza Estímulos Dolorosos
Retirada ao Estímulo Doloroso
Flexão Anormal (Decorticação)
Extensão Anormal (Descerebração)
Sem Resposta Motora

6
5
4
3
2
1

Total de Pontos

11

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

- ☐ Aspiração de Sangue e Secreção
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Imobilização da Coluna Cervical
☐ Infusão de Fluidos
☐ Reanimação Cardiopulmonar
☐ Imobilização de Membros

Ventilação Mecânica

Modalidade: _____
FIO₂: _____

Adaptação Ventilação

- ☐ Bem ☐ Mal
☐ Másc. c/ Reservatório

Outras Condutas:

Intercorrências:

OP: ☐ Catéter ☐ CPAP ☐ Venturi _____ % ☐ Másc. c/ Reservatório

USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

- ☐ Alcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha ☐ _____

Informante: ☐ A própria Vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar _____

- ☐ Alteração de Humor ☐ Agitado/Irritado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente
☐ Alteração na marcha ☐ Agressivo ☐ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento

Referente a ingestão de bebida alcoólica há: _____

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde o paciente foi encaminhado: _____

Registro do hospital: _____

Médico que Recebeu: _____

- ☐ Maca Retida na Unidade Hospitalar
☐ Orientação para o Ambulatório
☐ Óbito Antes do Atendimento
☐ Óbito durante o Atendimento
☐ Prancha Retida
☐ Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável: _____

EQUIPE

Médico Regulador: _____

Enfermeira: _____

Condutor/Piloto: Wellington

Médico Assistente: _____

Socorrista: Juliana

Op. da Força/OEE: Albino

Função do responsável pelo preenchimento: _____

Ass.: Dr. Luiz Roberto

SOLICITOU APOIO DA UTI

☐ SIM

☒ NÃO

Observação: _____

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE





Registro N.º 140759
Acreditação: 446998
Data: 27/06/2018
Hora: 15:23
Local: MYLLENAKOS

CLINICA GERAL

Nome: VALDIR SOARES DA SILVA
Nascimento: 19/08/1977 02:0 Idade: 40a 10m 8d
Mãe: BERNADETE TRAJANO DA SILVA
Pai: AUGUSTO SOARES DA SILVA
Endereço: NAO INFORMADO

CNS:
Telefone:

CER: 55805001

N.º: 1 Bairro: VILA DE FÁTIMA Cidade: TERESINA UF: PE

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO:

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa

() Encaminhamento ao ambulatório

() Transferência para outra unidade

() Óbito

() Outro

*Condição de Sde do Paciente: () Melhorado

() Estável

() Piorado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo CRM e CPF):

17.45h Exatidão com aca

Shirley

Shirley para aca

5457138



HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 27/06/2018 16:20

Nome Paciente: VALDIR SOARES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/08/1977
Sexo: Masculino
Idade: 40
Senha: 0071
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/06/2018 16:22 - 27/06/2018 16:24

JORGE EDUARDO CANDIDO SANTOS - COREN: 411872 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: EMERGENCIA
Cor: VERMELHO
Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO
Fluxograma sintoma: TRAUMA GRAVE
Discriminador(es): - ESTADO DE CONCIÊNCIA NORMAL (ALERTA)
Especialidade: CLINICA GERAL

18h Paciente c/ laceração do pavilhão auricular direito, reação intensa e imbricada. Paciente permite a exposição de ferimentos. # 101 Solicitado Rota p/ Wound HR. 5454

PA = 130 X 90 mmHg

93 mg/dl

SAT = 96%

Bat: 88 bpm

18:35 h

Assinado eletronicamente por: JORGE EDUARDO CANDIDO SANTOS - COREN: 411872 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Acolhido(a) por: JORGE EDUARDO CANDIDO SANTOS - COREN: 411872 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/06/2018 16:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página: 0





Hospital Ermírio Coutinho



LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Endereço de Saúde: _____ Município: _____ Região de Saúde: _____

Nome do Paciente: _____

Endereço Clínico: _____

Diagnóstico: _____

Destino: _____ Município: _____ Hora de Saída: _____ Hora de Chegada: _____

Motivo (Registro Detalhado): _____

DYEGO Luiz P.L. de Melo Silva
2º Ten Médico

CRM-PE 24915-100107066271

Assinatura do Médico Assistente: _____

Nº do C.R.M. _____

Data: _____

Destino: _____ Município: _____ Hora de Saída: _____ Hora de Chegada: _____

Motivo (Registro Detalhado): _____

Assinatura do Responsável: _____

Nº do C.R.M. _____

Data: _____

Autorizo a Transferência: _____

Médico Chefe do Plantão: _____

Carimbo / Assinatura: _____

Confirmo o Motivo Administrativo: _____

Enfermeira Chefe do Plantão: _____

Carimbo / Assinatura: _____

Unidade Prestadora do Atendimento: _____

Município: _____

Especificação do Atendimento Prestado: _____

Assinatura do Responsável: _____

Nº do C.R.M. _____

Data: _____



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1486906

Nome: Valmir Soares da Silva

Foi atendido às 14:54 hs. do dia 22, 06, 2018

Diagnóstico Provável: Fratura de clavícula esquerda,
sem enchimento, sem dor.

Tratamento Realizado: Radiografia + Análise +
Tipagem + Orientação + Acompanhamento
Ampliação + Reparo por 15

Observação:

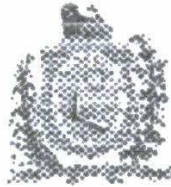
Cópia de:

Dr. Radner Medeiros
MÉDICO
CRM-PE 23544
Médico CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0135002385**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/07/2018** às **14:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **27/6/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA BR 408** - Bairro: **ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BAR DA FUMAÇA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / RODOVIA BR 408**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VALDIR SOARES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**

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

VALDIR SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BERNADETE TRAJANO DA SILVA Pai: **AUGUSTO SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **19/8/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 71, SÍTIO CARAU - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - 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)

VEICULO CROSSFOX (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTONOVEL/VW-FOX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHE1308** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **217514884**

<https://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=135&idOc=7201925&nroBO=1...> 20/11/2018

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011

Complemento / Observação

A VITIMA VALDIR SOARES DA SILVA, INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPOTOU O CARRO) NA RODOVIA BR 408 PROXIMO AO BAR DA FUMAÇA, FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

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

Valdir Soares da Silva
VALDIR SOARES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: IVO JOSE DE LIMA Matrícula: 2217643





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

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180508591

Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDIR SOARES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00481/00482 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13720202

