

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 ASEL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
 02345762357 Maria Alves de Oliveira

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

Nome completo: *Maria Alves de Oliveira* CEP: 02345762357
 Profissão: *João* Número: 501 Complemento: *Centro*
 Endereço: *Av. Getúlio Vargas* Cidade: *Lamposim* Estado: *SP* CEP: *024400000*
 Bairro: *Prazer* Cidade: *Lamposim* Estado: *SP* CEP: *024400000*
 Email: *(88) 99904-9064*

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

REUSO 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\$8.000,00 R\$8.001,00 ATÉ R\$15.000,00 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: *0745*

CONTA: *22543*

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir 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, recomendando 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 acima citado, 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 6.294/74, art. 32, §1º, declarando que essa autorização não significa prévio concordâncio com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

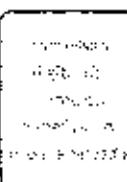
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da 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/nasceu: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentaram e provaram 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 no artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: *Lamposim 07.11.18*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Maria Alves de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

RECEBEREMOS
 Assinatura: _____ Data: 01/11/2018

2º | Nome: _____
 CPF: _____

RECEBEREMOS
 Assinatura: _____ Data: 01/11/2018

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 02345762357 4 - Nome completo da vítima: *Maria Alves de Oliveira*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Maria Alves de Oliveira* 6 - CPF: 02345762357
 7 - Profissão: *João* 8 - Endereço: *Centro* 9 - Número: 50 10 - Complemento: *esq*
 11 - Bairro: *Rural* 12 - Cidade: *Lamocim* 13 - Estado: *CE* 14 - CEP: 02400 000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (88) 99999999999999

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

AGÊNCIA: 0745

CONTA: 29593

(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 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Não nasceu? Não teve Irmãos? Não pais/avós vivos? 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Conceição 19.09.19

** Maria*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Alves de Oliveira

Rodrigo H. B. Lúcio

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Impresso nº 2018192787

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 430 - 3475 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **31/10/2018 10:09:20**

Data / Hora da Ocorrência: **04/09/2018 22:00:00**

Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE TIMBAUBA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **CAMOCIM/CE**

Ponto de Referência: **PROX. DA ENTRADA DO CEDRO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA ALVES DE OLIVEIRA**

Nascimento: **11/05/1968** CPF: **023.457.623-57**

RG: **2004023035289** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA FIEL DOS REIS**

CÍCERO ALVES DE OLIVEIRA

Endereço: **VILA LOCALIDADE DE TIMBAUBA**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **CAMOCIM/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99443-8009**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POX6370** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:

9C2KD1000JR100668 Renavam: **1136674320** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano:

Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor:

BRANCA Proprietário: **FRANCISCO ANTONIO ALVES DE MORAIS**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA ALVES DE OLIVEIRA, COMUNICANDO QUE, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS, DE COR BRANCA, DE PLACA POX6370, REGISTRADA EM NOME DE FRANCISCO ANTÔNIO ALVES DE MORAIS, QUANDO, APÓS SE DISTRAIR COM ALGUNS CACHORROS NA ESTRADA, PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTO, ACIDENTANDO-SE NO LOCAL. INFORMA A DECLARANTE QUE, EM DECORRÊNCIA DA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO À CIDADE DE CAMOCIM, SOMENTE COMPARECEU AO HOSPITAL MURILO AGUIAR NO DIA SEGUINTE(05/09/2018), POR VOLTA DAS 05:21:47, ONDE A DECLARANTE FORA MEDICADA, APRESENTANDO UMA FRATURA NO PUNHO DIREITO. AFIRMA QUE O REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML TAMPOUCO CORPO DE BOMBEIROS. INFORMA AINDA QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHA A PESSOA DE ANA CAROLINA DE OLIVEIRA RG N° 2007900116-0 CPF N° 61043013393.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

X Maria Alves de Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

Impresso n° 2018192787

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 430 - 3475 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLAUDIO MARCILIO ALVES VASCONCELOS - MAT : 300824-1-0

RECEBEREMOS
30 NOV 2008
Maria Sáez de F. Alves
Corretoor de SESSÃO ELETRÔNICA
CNPJ 21.487.703/0001-26

DELEGACJA REGIONALNA DE CAMOCIM

Consolidado em: 31/10/2018 10:37:26

Pág. 2 de 2

Impresso em: 31/10/2018 10:27:26



Impresso nº 2018192787

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 3475 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2018 10:09:20**
Data / Hora da Ocorrência: **04/09/2018 22:00:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE TIMBAUBA**
Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CAMOCIM/CE**
Ponto de Referência: **PROX. DA ENTRADA DO CEDRO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA ALVES DE OLIVEIRA**
Nascimento: **11/05/1968** CPF: **023.457.623-57**
RG: **2004023035289** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA FIEL DOS REIS**
CÍCERO ALVES DE COLIVEIRA
Endereço: **VILA LOCALIDADE DE TIMBAUBA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL** CEP:
Telefone: **(88) 99443-8009**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POX6370** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:
9C2KD1000JR100668 Renavam: **1136674320** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor:
BRANCA Proprietário: **FRANCISCO ANTONIO ALVES DE MORAIS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA ALVES DE OLIVEIRA, COMUNICANDO QUE, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS, DE COR BRANCA, DE PLACA POX6370, REGISTRADA EM NOME DE FRANCISCO ANTÔNIO ALVES DE MORAIS, QUANDO, APÓS SE DISTRAIR COM ALGUNS CACHORROS NA ESTRADA, PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTO, ACIDENTANDO-SE NO LOCAL. INFORMA A DECLARANTE QUE, EM DECORRÊNCIA DA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO À CIDADE DE CAMOCIM, SOMENTE COMPARECEU AO HOSPITAL MURILO AGUIAR NO DIA SEGUINTE(05/09/2018), POR VOLTA DAS 05:21:47, ONDE A DECLARANTE FORA MEDICADA, APRESENTANDO UMA FRATURA NO PUNHO DIREITO. AFIRMA QUE O REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML TAMPOUCO CORPO DE BOMBEIROS. INFORMA AINDA QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHA A PESSOA DE ANA CAROLINA DE OLIVEIRA RG Nº 2007900116-0 CPF Nº 61043013393.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

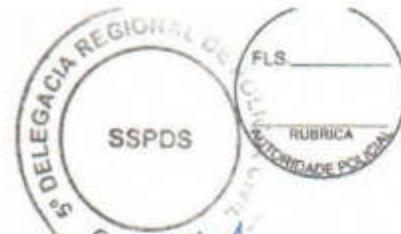
Xmarina Alves de Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

Impresso nº 2018192787



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 430 - 3475 / 2018 MAC/18

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Xmarcio Alves oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLAUDIO MARCILIO ALVES VASCONCELOS - MAT.: 300824-1-9

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 ASEL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
 02345762357 Maria Alves de Oliveira

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

Nome completo: *Maria Alves de Oliveira* CEP: 02345762357
 Profissão: *João* Número: 501 Complemento: *Centro*
 Endereço: *Av. Getúlio Vargas* Cidade: *Lamposim* Estado: *SP* CEP: *024400000*
 Bairro: *Prazer* Cidade: *Lamposim* Estado: *SP* CEP: *024400000*
 Email: *(88) 99904-9064*

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

REUSO 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\$8.000,00 R\$8.001,00 ATÉ R\$15.000,00 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: *0745*

CONTA: *22543*

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir 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, recomendando 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 acima citado, 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 6.294/74, art. 32, §1º, declarando que essa autorização não significa prévio concordâncio com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

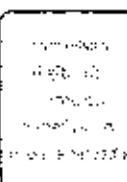
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da 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/nasceu: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentaram e provaram 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 no artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: *Lamposim 07.11.18*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Maria Alves de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

RECEBEREMOS
 Assinatura: _____ Data: 01/11/2018

2º | Nome: _____
 CPF: _____

RECEBEREMOS
 Assinatura: _____ Data: 01/11/2018

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

HOSPITAL DEPUTADO MURILLO AGUIAR

RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO

FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250

CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

1800045104 05/09/2018 05:21:47 FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MEDICA NOITE 3

Paciente MARIA ALVES DE OLIVEIRA Data Nascimento 11/05/1958 Idade 50 A 3 M 25 D CNS 898003938246113 CPF 00070322
 Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo F Estado Civil Parda Naturalidade CAMOCIM - CE Nacionalidade BRASIL
 IDENTIDADE 2004023035289
 Mão MARIA FIEL DOS REIS País CICERO ALVES DE OLIVEIRA
 Endereço RUA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE Contato
 Ocupação

Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend. DR MEIRELES	Procedência	Temp.	Peso
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Pressão
EMERGÊNCIA					Registrado por: LEONARDO

Queixa Principal Síndrome Fébril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue
 Anamnese de Enfermagem! **DR - Febre alta, dor de cabeça, dor de estomago**

GSC **1234** TOTAL **123456**
 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Exame Físico **DR - Febre**

Hipótese Diagnóstica **DR - Febre**

SAUT - Exames Complementares

RASO-X ULTRA-SON TO SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Colaborar		RECEBIMENTO 30 NOV 2018

Conduita

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Prevêla
 Transferência para:

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
 Data e Hora da Saida/Alta:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

Higiene Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: Leonardo
 Data/Hora: 05/09/2018 05:22:28



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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 00000029593-3

Nr. da Autenticação E21B7B931EECA894

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECA/MEIS/DOCORIGINAL.ASPX?TIP=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 de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, com 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 Lídia da Silva inscrito (a) no CPF 314.501.033-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lídia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.457.623-54, do sinistro de DPVAT cobertura Intervisão, da Vítima Maria das Graças da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.457.623-54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

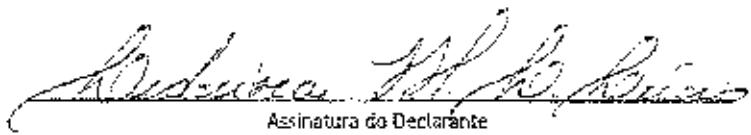
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
R. Dr. João Thomé		110	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Comacim	SC	80240-000
E-mail	Telefone (comercial) (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	(89) 99044-0064	(89) 93131-195	

Comacim, 07 de Novembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

30 NOV 2018

Maria Gecilda F. Nobre
Corretora de Seguros EIRELI
1121 487.7350001-0

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações a prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

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 DE 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Macêdo Lopes Lúcio

inscrito (a) no CPF/CNPJ 310501233 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Athes de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 023457623 57

do sinistro de DPVAT cobertura Individual da Vítima Maria Athes de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 023457623 57, 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. Dr. João Thomé</u>	Número:	<u>1100</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Comodin</u>	Estado: <u>SC</u> CEP: <u>62400 000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(88) 99049 064</u>

Local e Data: Comodin 19.09.19

Adriana M. L. Lúcio

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Antônio Alves de Moraes

RG nº 2002099-109252 data de expedição 12/09/02

Órgão SSPACE, portador do CPF nº 027.047.123-52 com
domicílio na cidade de Carmoim, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Passandu nº 1320

complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria Alves de Oliveira cujo o condutor era
Maria Alves de Oliveira

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda NX12 160 Bros

Ano: 2014

Placa: P0X 6370

Chassi: 4G2KD10003R100668

Data do Acidente: 04-09-18

Local e Data: Carmoim-PE, 17.09.2018

13º OFÍCIO

Francisco Antônio Alves de Moraes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima diretamente do sinistro)

RECONHECO ser(s)m) () Semelhante(s)
Autêntica(s) assinatura(s) de
Francisco Antônio Alves de Moraes

Deu Fé, Carmoim-CE, dia 17 SET 2018
Alvny

Leila Luzhete Alves de Castro Guison-Tacell
 Moacir Dilton de Castro Guison-Sucessor
 Andreia Gálliz Saboia - Escrevente Sucessor
VALOR SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

RECEBEMOS
30 NOV 2018

Maria Gadelha F. Neto
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21 487.735.001-01

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Antônio Alves de Morais,

RG nº 2002099109250 data de expedição 12/09/02

Órgão SSPCE, portador do CPF nº 02704712352 com
domicílio na cidade de Camocim, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Passandu, nº 1300

complemento loca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Maria Alves de Oliveira cujo o condutor era
Maria Alves de Oliveira

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda NXR 160 Bros

Ano: 2017

Placa: P0X 6370

Chassi: 9GKRD1000312100668

Data do Acidente: 01.09.18

Local e Data: Camocim-CE, 17.09.2018

3º Ofício

Francisco Antônio Alves de Morais

Assinatura do Declarante

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



HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR

RUA 24 DE MAIO, 688 - CENTRO

FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250

CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

19000-15172	05/09/2018 12:16:06	FICHA DE ATENDIMENTO			ORTOPEDIA	MANHÃ	
Paciente		Date Nascimento	Idade	CNS	CPF	Printu	
MARIA ALVES DE OLIVEIRA		11/05/1968	50 A 3 M 25 D	898003938246113	00070	00070	
Sexo		Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade		
IDENTIDADE 2004023035289	F		PARDA	CAMOCIM - CE	BRASIL		
Mae		Pai		Contato			
MARIA FIEL DOS REIS		CICERO ALVES DE OLIVEIRA					
Endereço					Occupação		
RUA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenat	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peao	Press	
URGÊNCIA	DR. SERGIO						
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
EMERGENCIA				NATALIA			
Quêixas Principais	____ Síndrome Febril ____ Sintomático Respiratório ____ Suspeita de Dengue						

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)

Exame Físico

1. Avenida de trânsito
 antem com
 flama in
 gresso ①

Hipótese Diagnóstica	APENAS	APENAS
----------------------	--------	--------

SADT - Exames Complementares	RAIO-X	ULTRA-SON	TC	SANGUE	URINA	ECG	OUTROS:
------------------------------	--------	-----------	----	--------	-------	-----	---------

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSEVAÇÃO
	Re-visitante	de rotina dia 21/11/18
		ed. Analgesia -
		gente Rito
		RECEBERÁS

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para:

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saida/Alta:

30 NOV 2018
 Hora: 12:16:06
 Carregado por: Gisele de F. Neiva
 Cadastrado por: Gisele de F. Neiva
 Data: 05/09/2018 12:16:14

Objeto	Antevisão de alta?	Sim	Não	Destino:	Família	IMC Anatomia Patológica
--------	--------------------	-----	-----	----------	---------	-------------------------

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico





RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome do paciente

Maria Alves de Oliveira

Rx de Reino D

RECEBEMOS

30 NOV 2008

Maria Gacelide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.735/0001-06

CAMOCIM-CE, 05 de Setembro 2018

ASSINATURA E CRM

Rua da Independência, s/n - Centro, Camocim-CE

RECEBEMOS

Rais X Fratura

3180 964792

HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR
RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO
FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250
CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

0045104	05/09/2018 05:21:47	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOITE	3
paciente		Date Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MARIA ALVES DE OLIVEIRA		11/05/1968	50 A 3 M 25 D	898003938246113		00070322	
lo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
ENTIDADE	2004023035289			F		PARDA	CAMOCIM - CE
ie				Pai		Contato	BRASIL
MARIA FIEL DOS REIS		CICERO ALVES DE OLIVEIRA					
derecho		Ocupação					
IA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE							

iss. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
tivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
or	URGÊNCIA	DR MEIRELES				
ERGENCIA	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:	
eixa Principal	Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <input type="checkbox"/>					
amnese de Enfermagem:	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
amnese - (HORA DA CONSULTA - ____: ____ h)						

RECEBEMOS

16 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.487.738/0001-02

DT - Exames Complementares						
<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
Locopenia						

Conduta			
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório		
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação		
<input type="checkbox"/> Transferência para: _____	Data e Hora da Saída/Alta: / / - / - / - /		
Ativo			
tes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família		
<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

presso por: leonardo
ta Hora: 05/09/2018 05:22:29



HOSPITAL DEPUTADO MURILLO AGUIAR
RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO
FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250
CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

100045172	05/09/2018 12:16:06	FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPEDIA					MANHÃ
paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MARIA ALVES DE OLIVEIRA		11/05/1968	50 A 3 M 25 D	898003938246113		000701	
po Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
ENTIDADE	2004023035289			F		PARDA	CAMOCIM - CE
áe				Pai			Nacionalidade
MARIA FIEL DOS REIS				CICERO ALVES DE OLIVEIRA			BRASIL
Endereço							Ocupação
UA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE							
ass. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
objeto do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Press.	
itor	URGÊNCIA	DR. SERGIO	Procedimento Sol.				Registrado por:
MERGEMCIA	Tipo de Chegada						NATALIA
jeixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Den.						

anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____; ____ h)

*Acidente de Trânsito
anterior com
fratura no
peito ①*

anamnese Físico

Hipótese Diagnóstica

DET - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA AG = Dor ECG OUTROS:

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
RECEBEMOS 16 JAN 2018 Maria Gecineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ:21.487.738/0001-08	<i>Re-avaliação de rotina distal</i>	<i>Ed. Analgesia - gesso Rito</i>

Conduta

Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : : :

Atendimento? Sim Não Destino: Família IMC Anatomia Patológica / / : : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico





CLÍNICA REVIVER
Dr. Ismael Pinheiro
CREMEC: 9179

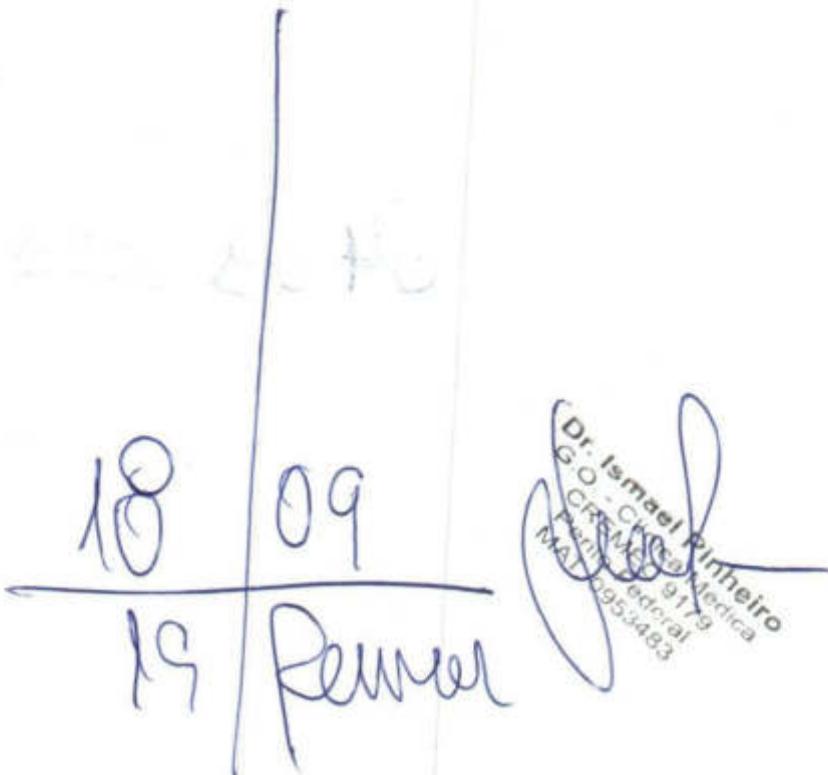
Afestado

Afesto pena D. Alcides
pues que Manoel dos
de Oliveira viu de
Acidente de Trânsito
no dia 04/09/2019
apresentando sequelas
definitivas de natureza
de perda D. El Sesau
mental, com perda
dos movimentos de

Rua Dr. João Thomé, 270, Sala 07 - Centro
Fone: (88) 99787.4229 / 98881.3937 - Camocim - CE

UIRE

peuwer D, morrimento
de apresentar de
Mau D e der Unted
an repousos especia
físicos na Mau D



HOSPITAL DEPUTADO MURILLO AGUIAR
 RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO
 FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250
 CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

1800045172	05/09/2018 12:16:06	FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPEDIA					MANHÃ
Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
MARIA ALVES DE OLIVEIRA			11/05/1968	50 A 3 M 25 D	898003938246113	000703	
Identidade	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
2004023035289				F		PARDA	CAMOCIM - CE
Mãe				Paiz			Nacionalidade
MARIA FIEL DOS REIS				CICERO ALVES DE OLIVEIRA			BRASIL
Endereço							Ocupação
RUA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE							

Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor	URGÊNCIA	DR. SERGIO	Procedimento Sol.		Pras.
EMERGENCIA	Tipo de Chegada				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Den.				

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

*Tridente de Kraatz
 anterior dor
 trauma m
 punho ①*

SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input checked="" type="checkbox"/> AE = Dor <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:
------------------------------	--

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*Regratulando
 de volta dia 11/11*

*Ex- Análisis +
 geno Rito*

Conduta	
---------	--

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para: _____

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação
- Data e Hora da Saída/Alta: _____

ébito _____

Antes de alta/conduta? Sim Não Destino: Família IMC Anatomia Patológica _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

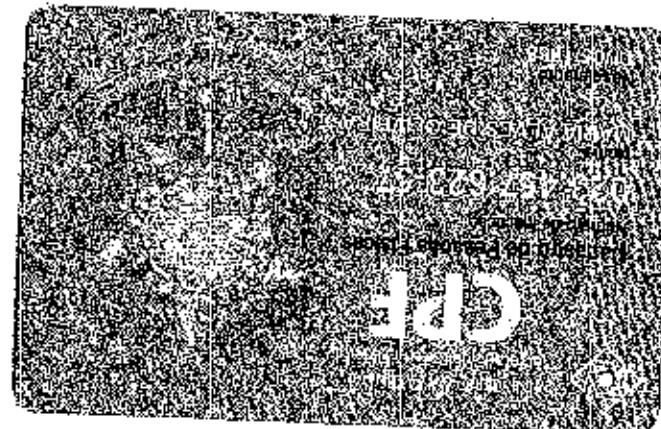
Carimbo e Assinatura do Médico



RECIBIMOS
30 NOV 2018
HORA: 09:30
CÓDIGO DE SEGURO: 00135
CÓDIGO DE SEGURO: 00135

RECIBIMOS
30 NOV 2018

VALIDE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
2004023035289	25/6/2014
MARIA ALVES DE OLIVEIRA	
CICERO ALVES DE OLIVEIRA E MARIA A FIEL DOS REIS	
CAMOCIM-CE	
CERT. NASC. 1211 L 803 F	
100 ARARAS/BARROQUINHA-CE	
F1	
A. P. P. / A. P. P.	
0147116 DE 2018	



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

310.501.233-87

Nome

LIDGINA MACEDO LOPES LUCIO

Nascimento

02/07/1964

CÓDIGO DE CONTROLE

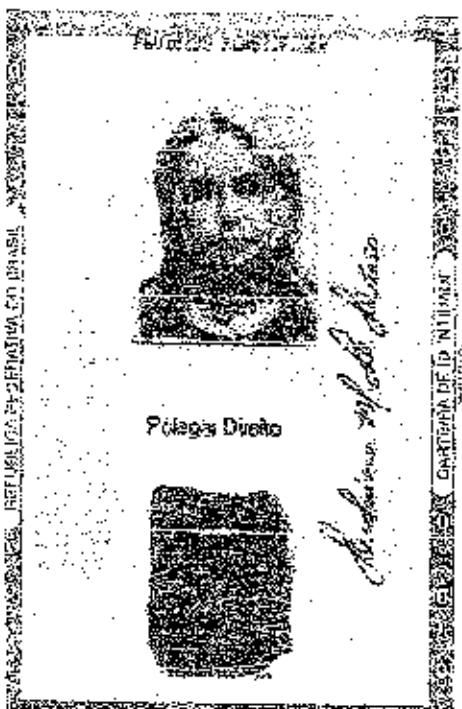
8800.C760.FBD4.46F4



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 14:35:27 do dia 22/04/2018. (hora e data do Brasil)
 dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

20180422-2	01-11-2018	26/02/2016
LIDGINA LUCIO LOPES LUCIO		
AUGUSTO LOPES		
MARCIA SANTOS MACEDO LOPES		
CACHOEIRINHA - CE		
047551505		
P. 19		



RECEBEMOS

30 NOV 2018

José Góesneide F. Nobre
Secretaria de Seguros Especiais
CNPJ 02.487.735/0001-06



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E INSCRIÇÃO DE VEÍCULO
ID: 02704712352 | N.º 01334811911 | EXERCÍCIO:
JEAN 01 1136674320 09/00000000 2017

FRANCISCO ANTONIO ALVES DE MORAIS
CANUDINHO

02704712352 | FOX6370

CE 962RD1000JR100668

ESPECIFICO: COMBUSTÍVEL
FABRICANTE: HONDA
CATEGORIA: C1

HONDA/NXR 150 Bros 2017 - 2018
2P/0CV/16200 PARTIDA: BRANCA

FAIXA: FAIXA 1 - PARCELA MÍNIMA: 1
FAIXA: FAIXA 2 - PARCELA MÍNIMA: 2
FAIXA: FAIXA 3 - PARCELA MÍNIMA: 3

PREÇO TOTAL: R\$ 1.000,00
DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

DETAN - CE
01334811911 | FOX6370

01 1136674320 | HONDA/NXR 150 Bros
2017 - 09 | 962RD1000JR100668

PREMIO TARIFARIO: CUSTO DO SEGURO R\$ 100,00
CUSTO DO BILHETE R\$ 100,00
PAGAMENTO: PARCELA
DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

LOTE/SEGURADORA: CPMIUS 245 603 0001 04
MOTOR: XD100E0100774

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS PELA
AUTOMOBIL DE TERRESTRE, AUTOMÓVEL, MOTO, BICICLETA, E
TRANSPORTADAS DE PESSOAS, SEGURO DPVAT

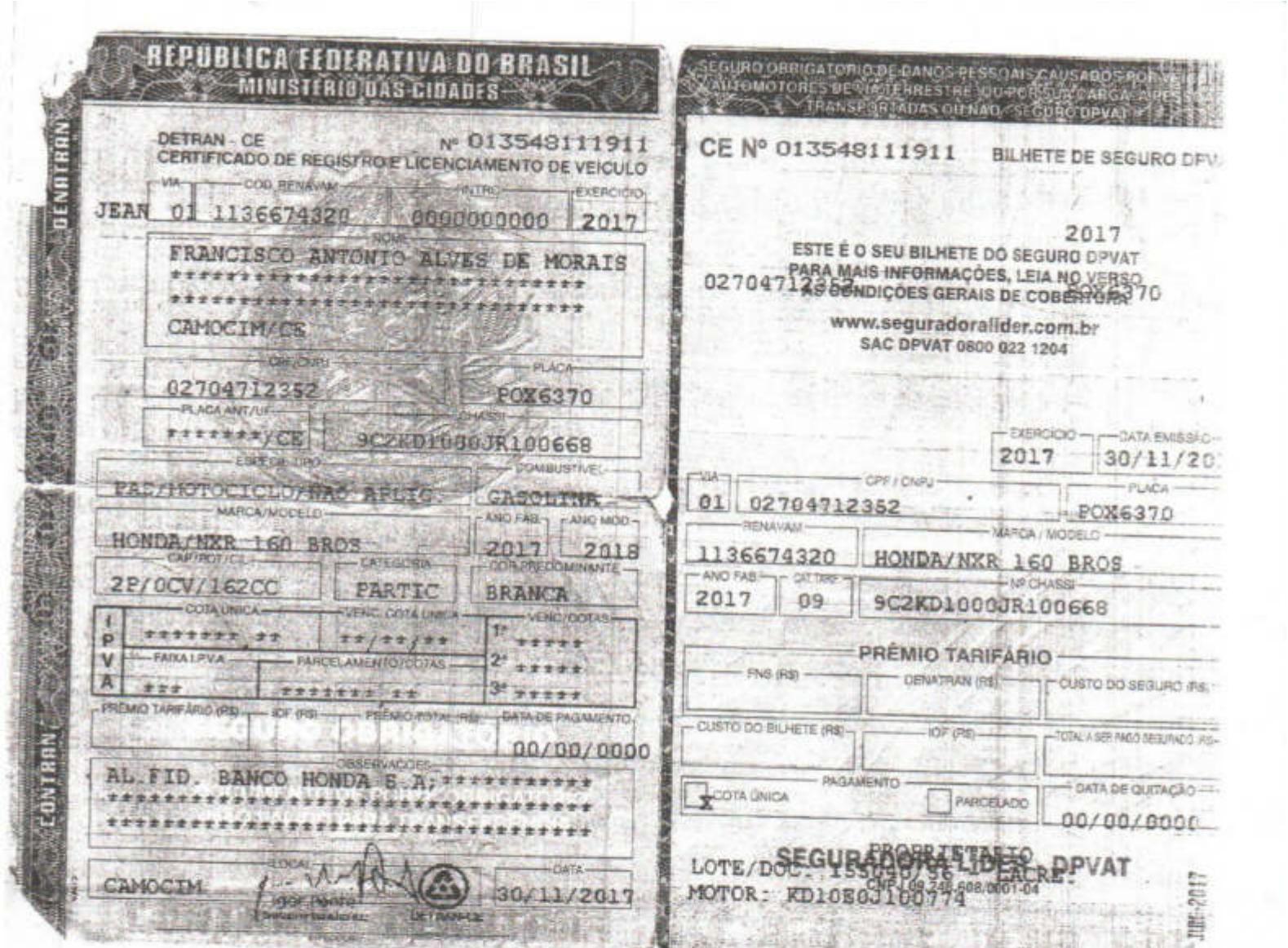
CE N.º 01334811911 | BILHETE DE SEGURO DPVAT
2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
02704712352 CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralder.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 | 30/11/2018
ID: 02704712352 | FOX6370
RESAVAM | HONDA / NXR 150 Bros
ANO FAB: 2017 | 09 | 962RD1000JR100668

PREMIO TARIFARIO: CUSTO DO SEGURO R\$ 100,00
CUSTO DO BILHETE R\$ 100,00
PAGAMENTO: PARCELA
DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

LOTE/SEGURADORA: CPMIUS 245 603 0001 04
MOTOR: XD100E0100774

RECEBEMOS
30 NOV 2018
Maria Gacelina F. Andrade
Correia de Sá e Souza
CNPJ 21.487.735/0001-06



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190571447**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA ALVES DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **pv estreito, 0, , 62.400-000, rural, Camocim/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 2004023035289**

Data e local do acidente: **04/09/2018 - Camocim/CE**

Data e local do exame: **18/10/2019 - Sobral/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do rádio distal direito.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no punho direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho direito.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do punho direito, devido à redução da mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Grazi Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e calígrafa do médico

DECLARAÇÃO

Eu Maria Alves de Oliveira RG 2004023035289
CPF 62345762357 declaro que após ter sofrido acidente provocado por
veículo automotor de via terrestre, em 04/09/18 fui socorrido por _____
E levado ao hospital do município

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUP/EC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

“Art. 340 – Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado.”

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

“Art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declarar que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declarações falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.”

Local: Conselin 07.11.18 UF _____ Data / /

Declarante Maria Alves de Oliveira

RECEBEMOS
20 NOV 2018
Maria Cecília F. Andrade
Corretora de Seguros EIRELI
CNPJ 21.487.735/0001-08

PRÁTICO DPVAT CAMOCIM

LIDUÍNA MACEDO LOPES LÚCIO

Rua Dr. João Thomé, 109 / Camocim-Ce

Cel: (88) 9.9904-9064 / (88) 9.9313-1195



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: Maria Alves de Oliveira

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira

RG: 2004423035289 SSP/CE e CPF: 02345762357

Residente na Rua: Es-treito de nº 01

Bairro: Rival Cidade: Camocim Estado: Ceará

CEP: 62400 000 Profissão: Joia

Mediante este instrumento, responsabilizando-me pelas informações e declarações constantes nos documentos apresentados, ciente das penas de lei, arcando com as responsabilidades civis e criminais, caso o conteúdo fático não corresponda à realidade dos acontecimentos.

Ciente ainda que em caso de inverdades e omissões que acarretarem dano material à Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, fica obrigada a ressarcir o prejuízo decorrente.

Camocim - CE, 24 de Setembro de 2018

Maria Alves de Oliveira

RECONHEÇO ser(em) () Seme(hante(s))
po(Autoritário) a(s) Fim(s) de:
Maria Alves de Oliveira

De: 24 SET 2018
Pela: Luziânia Moreira de Castro Guilhon-Tabeli
Alberico Cebon de Castro Guilhon-Substitut
Andrea Gómez Gómez - Escrevente Substitut
POD SIMILAR COM O SÉLO DE AUTENTICAÇÃO



RECEBEU
30 NOV 2018
Maria Gómez F. Nobre
Corretora de Seguros E-mail
CNPJ 21.487.736/001-06

Ch 3521 18735001 14
Chancery of Superior Court of
Massachusetts for Middle
BOSTON 20 MAY 2018
20 MAY 2018

RECEIVED
30 MAY 2010

25. 2019-07-10

880283m-02

মোস্তানো কোম্পানি

En memoria de su difunta madre
Ponemos a su disposición
el libro que se publicó en 1930
y que contiene la memoria de su
padre, el Dr. José María Gómez
y su libro "La Escuela de la
Cultura Popular".

30 MAY 2008
JOURNAL OF
CLIMATE
VOLUME 21

87.07.28, Monroe

PEDIDO DE REANÁLISE

EU, Maria Alves de Oliveira

RG: 2004023035289 E CPF: 02345762357,

SOLICITO REANÁLISE DO MEU PROCESSO DE INVALIDEZ
PERMANENTE DE Nº 3180564792, VISTO QUE
ESTOU MANDANDO UM NOVO RELATÓRIO
INFORMANDO GRAU DA MINHA INVALIDEZ
PERMANENTE. ESPERO QUE OS SENHORES
COMPREENDAM A MINHA SOLICITAÇÃO E ASSIM
POSSAM DAR PROCEDIMENTO AO PROCESSO
CONCLUINDO COM A MARCAÇÃO DE PERÍCIA E
CONSEQUENTEMENTE EFETUANDO O PAGAMENTO DA
INDENIZAÇÃO.

ATENCIOSAMENTE,

Maria Alves de Oliveira

CAMOCIM (le), 19 DE Setembro DE 2019

—
Giu Maria Alves di oliveira
Ponta Grossa PR 62000-23035289
ICPT 023456 62350 mes/ádite
Av dentro de 03h00 com
honda 1000 p 100m as 15m de agua
Pedido de 11/09 que o bairro
com morro 1000 p 100m dia 04/09/88
CIDADE DE SANTO ANDRADE
fui 1000 m de altura
tempo parado dia entro ma
olhar a noite com
sentindo com
caminhando dia 08

Maria Alves di oliveira

DECLARAÇÃO

Eu Maria Alves de Oliveira RG 2004023035289

CPF 023457 62357 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 04/09/18 fui socorrido por _____

E levado ao hospital do município

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – UUS/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 – Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declarar que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declarações falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante."

Local: Camocim 19.09.19 UF _____ Data _____

Declarante Maria Alves de Oliveira

PRÁTICO DPVAT CAMOCIM

LIDUÍNA MACEDO LOPES LÚCIO

Rua Dr. João Thomé, 109 / Camocim-CE

Cel: (88) 9.9904-9064 / (88) 9.9313-1195



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: Maria Alves de Oliveira

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira

RG: 2004023075289 SSP/CE e CPF: 02345762357

Residente na Rua: Estreito de nº 01

Bairro: Rinal Cidade: Camocim Estado: Ceará

CEP: 62400 000 Profissão: Joalheira

Mediante este instrumento, responsabilizando – me pelas informações e declarações constantes nos documentos apresentados, ciente das penas de lei, arcando com as responsabilidades civis e criminais, caso o conteúdo fático não corresponda à realidade dos acontecimentos.

Ciente ainda que em caso de inverdades e omissões que acarretarem dano material à Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, fica obrigada a ressarcir o prejuízo decorrente.

Camocim-CE, 24 de Setembro de 2018

Maria Alves de Oliveira



Brindade

PEDIDO DE REANÁLISE

EU, Maria Alves de Oliveira

RG: 2004023035289 E CPF: 02345762357,

SOLICITO REANÁLISE DO MEU PROCESSO DE INVALIDEZ
PERMANENTE DE Nº 3180564792, VISTO QUE
ESTOU MANDANDO UM NOVO RELATÓRIO
INFORMANDO GRAU DA MINHA INVALIDEZ
PERMANENTE. ESPERO QUE OS SENHORES
COMPREENDAM A MINHA SOLICITAÇÃO E ASSIM
POSSAM DAR PROCEDIMENTO AO PROCESSO
CONCLUINDO COM A MARCAÇÃO DE PERÍCIA E
CONSEQUENTEMENTE EFETUANDO O PAGAMENTO DA
INDENIZAÇÃO.

ATENCIOSAMENTE,

Maria Alves de Oliveira

CAMOCIM (le), 19 DE Setembro DE 2019

—
Giu Maria Alves di oliveira
Ponta Grossa PR 62000-23035289
ICPT 023456 62350 mes/ádite
Av dentro de 03h00 com
honda 1000 p 100m as 15m de agua
Pedido de 11/09 que o bairro
com morro 100m dia 04/09/88
CIDADE DE SANTO ANDRADE
triste como se fosse o dia
fui 100m 100m dia entro
tudo parado a noite sem
dormir com
sentindo com
com a mizze eo es

Maria Alves di oliveira

DECLARAÇÃO

Eu Maria Alves de Oliveira RG 2004023035289

CPF 023457 62357 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 04/09/18 fui socorrido por _____

E levado ao hospital do município

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – UUS/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 – Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declarar que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declarações falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante."

Local: Camocim 19.09.19 UF _____ Data _____

Declarante Maria Alves de Oliveira

PRÁTICO DPVAT CAMOCIM

LIDUÍNA MACEDO LOPES LÚCIO

Rua Dr. João Thomé, 109 / Camocim-CE

Cel: (88) 9.9904-9064 / (88) 9.9313-1195



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: Maria Sáus de Oliveira

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro

RG: 2004023035289 SSP/ CE eCPF: 02345760357

Residente na Rua: Es treito de nº 01

Bairro: Rinal Cidade: Conceim Estado: Eiroé

CEP: 62400 000 Profissão: João Pedro

Mediante este instrumento, responsabilizando – me pelas informações e declarações constantes nos documentos apresentados ,ciente das penas de lei, arcando com as responsabilidades civis e criminais, caso o conteúdo fático não corresponda à realidade dos acontecimentos.

Ciente ainda que em caso de inverdades e omissões que acarretarem dano material à Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, fica obrigada a ressarcir o prejuízo decorrente.

Camocim-CE, 24 de Setembro de 2018

Tomaria Alves de Oliveira

 99001630-00000000000000000000000000000000 99001630-00000000000000000000000000000000 		RECONHECO serterm (1) Semelhança(s) (00 Autênticas) assi Firmas(s) de:  24 / SET / 2018 
99001630-00000000000000000000000000000000 99001630-00000000000000000000000000000000	99001630-00000000000000000000000000000000 99001630-00000000000000000000000000000000	Bela Luzinete Moreira de Castro Guillon-Tobelli Alberto Ottoni de Castro Guillon-Substituto Andrea Gómez Sabou - Escrevente Substituto (00 SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE)

trinidade

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 04/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 04/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 04/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 04/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGADO: Padrino de casamento, brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: professor, residente e domiciliado à Rua Dr. José Thomé nº 1120, bairro: Centro, Município de Camanducaia, Estado de (o) Minas Gerais, CEP: 32240-000 portador(a) do RG nº 201.620.393-2, SSP/CE e CPF: 310.501.223-87.

Por este instrumento Particular de Procuração, o(a) Outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para fim especial de requerer junto à quaisquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Maria Aparecida Oliveira, ocorrido em 01/09/18, conforme registrado pelo B.O anexo no 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 de indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

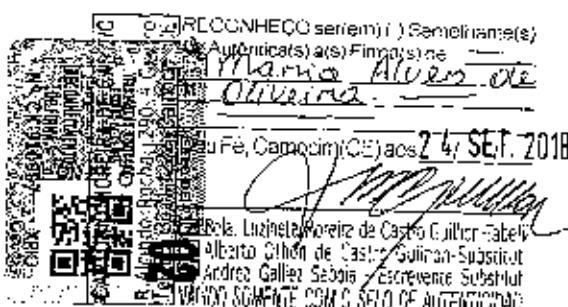
Camocim - CE 24 de Setembro de 2018.

maria helena silveira

Outorganisatie

CPF no. 02345762357

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECEBEMOS
30 NOV 2018
Maria Gessineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ 21.487.736/0001-08

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: *Maria Shus de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *sóltimo*, profissão *do lar*, residente e domiciliado à Rua *Centro*, nº *01*, bairro *Penal*, Município de *Camocim*, Estado de (o) *Ceará*, CEP *62410-000*, portador(a) do RG nº *200402203525* SSP/CE e CPF *02345762357*

OUTORGADO: *Prudêncio Alves de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *professora*, residente e domiciliado à Rua *Dr. João Thomé*, nº *110*, bairro *Centro*, Município de *Camocim*, Estado de (o) *Ceará*, CEP *62410-000*, portador(a) do RG nº *20162039322* SSP/CE e CPF *31050122357*

Por este instrumento Particular de Procuração, o(a) Outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para fim especial de requerer junto à quaisquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) *Maria Shus de Oliveira* ocorrido em *01/09/18*, conforme registrado pelo B.O anexo no 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 de indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Camocim - CE 24 de *Setembro* de *2018*

Assinatura de Maria Shus de Oliveira

Outorgante

CPF nº *02345762357*

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

○ RECONHECO ser(em) () Semelhante(s) Autêntico(s) a(s) Firma(s) de *Maria Shus de Oliveira*

○ Firma de *Prudêncio Alves de Oliveira* feita em *24 SET. 2018* *Prudêncio Alves de Oliveira*

○ Bela: *Luzinete Moreira de Castro Guilhon-Tabeli*
○ Alberto Ottoni de Castro Guilhon-Substitut
○ Andreia Gallie Saboia - Escrivente Substitut
○ FIRMADO SOMENTE COM O SÉLO DE AUTENTICIDADE

Cartório de Fazenda de Camocim
Sexta-Feira, 24 de Setembro de 2018
Assinatura: *Prudêncio Alves de Oliveira*
Assinatura: *Maria Shus de Oliveira*
Assinatura: *Luzinete Moreira de Castro Guilhon-Tabeli*
Assinatura: *Alberto Ottoni de Castro Guilhon-Substitut*
Assinatura: *Andreia Gallie Saboia - Escrivente Substitut*

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434125/18

Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 023.457.623-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2018

Titular do CPF: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

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
DUT
Outros

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO : 310.501.233-87

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

MARIA ALVES DE OLIVEIRA : 023.457.623-57

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: 30/11/2018
Nome: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO
CPF: 310.501.233-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434125/18

Número do Sinistro: 3180564792

Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 023.457.623-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2018

Titular do CPF: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 16/01/2019
Nome: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO
CPF: 310.501.233-87

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347818/19

Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 023.457.623-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2018

Titular do CPF: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO : 310.501.233-87

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

MARIA ALVES DE OLIVEIRA : 023.457.623-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO
CPF: 310.501.233-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571447

Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ALVES DE OLIVEIRA

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

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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190571447 **Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 04/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ALVES DE OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000745

Conta: 0000029593-3

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, retorno 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

