

LAUDO FISIOTERAPÉUTICO

Toritama, 30/08/2019

Declaro que a Sra. Acsa Olimpio Silva foi admitida para atendimento fisioterapêutico no dia 08/04/2019, com diagnóstico médico de ruptura do tendão calcâneo direito, sendo submetida a fisioterapia motora. Apresentou queixas de dor no local em repouso e ao movimento, restrição de movimento em tornozelo D, edema na região de calcâneo D, pontos de tensão na região de tríceps sural. Teste de força grau 2 para dorsiflexores e flexores plantares, grau 3 para quadríceps direito. Dor a palpação na região da lesão, se estendendo até a região de tríceps sural. Deambula com auxílio de muleta.

Apresenta como diagnóstico funcional: limitação de movimento de pé D, dificuldade para deambular sem auxílio e se manter em sedestação por longos períodos.

Evoluiu com sequelas instaladas: limitação de ADM de tornozelo D para movimentos de flexão, extensão, inversão e eversão; grau 3 de força para FP e DF, grau 4 para quadríceps direito. Apresentando comprometimento de aproximadamente 50% dos movimentos do tornozelo D, recebendo alta fisioterapêutica definitiva.

Rafaela Andrade
Fisioterapeuta
CREFF 00.245347-F
FISIOTERAPISTA



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente ACSA Ohnário Silva

Data de nascimento 16/03/1969 **RG** 4256927-8 **CPF** 801.420.014/49

O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 18/07/2018

Nº do B.O. 18E0219001239

Resumo clínico Paciente vítima de lesão de custodália
força tática vítima no combate ao narco pronto

Diagnóstico Intervenção do Tendão do Antebraço direito

Tratamento imobilização assada

Sequelas 1. ~~hijeraties~~ op Bloo. totaal op dierf. 2. ~~deze~~ dierf. op ~~deze~~ dierf.

Data da alta ambulatorial definitiva 09/11/2019

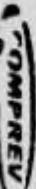
Abreu e Lima, 09 de Novembro de 2019

Médico (CRM)

PK. TOCOLO
AGENCIA RECIFE

26 NOV 2019

COMITÉ DE PREVIDÊNCIA SIA





CÓDIGO DE CONTROLE

ES04.800A.4874.2974



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:33:49 do dia 26/09/2017 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 06

VALÍDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

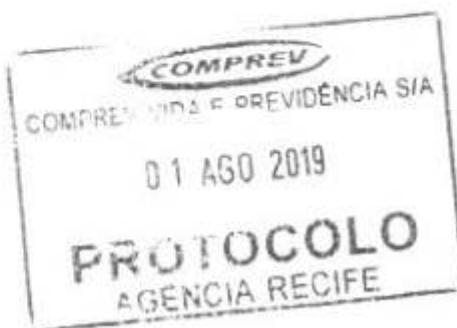
Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
801.420.014-49

Nome
ACSA OLIMPIO SILVA

Nascimento
16/03/1969



A Lider

Acesa olimpio silva

803.420.054-49

Documentação Medica

Venho por meio desta carta informar que sofrí um acidente de trânsito no dia 18/07/2018 onde consta essa data na ficha do hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima onde passei por todos os procedimentos necessários. Meses depois não me sentindo bem fiz um exame na clínica Manoel Florêncio onde foi detectada uma ruptura na inserção do tendão de Aquiles esse é o meu diagnóstico fiz todos os tratamentos necessários mais infilmente ate hoje não tenho mais dor de joelho.

Toda documentação necessária foi encaminhada para análise da seguradora Lider, caso reste alguma dúvida em relação a minha sequelas, coloco-me à disposição desta seguradora para submeter-me a uma perícia médica. Fico no aguardo.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

Descrição do exame Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos **físico:** do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações.alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

Descrição do exame Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos
físico: do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações.alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.(P1)

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.(P1/3/6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento FOLHA CIRÚRGICA / RELATÓRIO DE ALTA DEFINITIVA.
faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVÁILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.(P1/3/6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento RELATÓRIO MÉDICO / FOLHA CIRÚRGICA /LAUDO DE EXAME DE IMAGEM.
faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVÁILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458981 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO(COM RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.(P1)

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do acidente: 18/07/2018

CPF: 801.420.014-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLIMPIO SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/09/2019
Nome: ACSA OLIMPIO SILVA
CPF: 801.420.014-49

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ACSA OLIMPIO SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do acidente: 18/07/2018

CPF: 801.420.014-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLIMPIO SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 26/08/2019
Nome: ACSA OLIMPIO SILVA
CPF: 801.420.014-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ACSA OLIMPIO SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262346/19

Número do Sinistro: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do acidente: 18/07/2018

CPF: 801.420.014-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACSA OLIMPIO SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 26/11/2019
Nome: ACSA OLIMPIO SILVA
CPF: 801.420.014-49

ACSA OLIMPIO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

**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: **3190458981**

Nome do(a) Examinado(a): **ACSA OLIMPIO SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua do Comércio, 280 - Toritama - PE - CEP 55125-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **4256927**

Data e local do acidente: [**18/07/2018**] **Toritama**

Data e local do exame: [**06/12/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Ferimento em face posterior do tornozelo direito com lesão do tendão de Aquiles.

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

Vítima queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame apresenta edema local e redução da amplitude de movimentos do tornozelo direito.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico. Evoluiu sem complicações. alta médica

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo direito

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"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"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.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

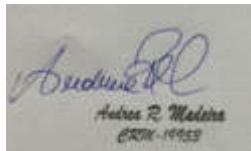
Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO / FOLHA CIRÚRGICA /LAUDO DE EXAME DE IMAGEM, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) FOLHA CIRÚRGICA / RELATÓRIO DE ALTA DEFINITIVA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458981

Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190458981 **Vítima: ACSA OLIMPIO SILVA**
Data do Acidente: 18/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACSA OLIMPIO SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ACSA OLIMPIO SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000039779-6

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.

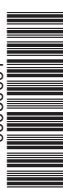
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

803.420.04-49

Nome completo da vítima:

Acsa Olimpio Silva

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

Nome completo:

Acsa Olimpio Silva

CPF:

803.420.04-49

Profissão:

Recurso-se.

Endereço:

Rua de Comercio

Número:

250

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Teritama

Estado:

PE

CEP:

55225-000

Tel. (DDD):

(81) 9.9668-4814

E-mail:

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2551

CONTA: 9664

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Viúvo:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
que assinou

Local e Data: Teritama 17/10/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Acsa Olimpio Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTÓCOLO

RECIFE RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS



01 AGO 2019

10/08/2016 16:56

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0219001239

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/08/2018 às
17:23

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 18/7/2018 às 19:36

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E QUATRO QUILOMETRO**
TRINTA, 1, 104 - Bairro: **LOTEAMENTO J SEVERINO SILVA**
TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESENHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO (OUTRO)
ACSA OLÍMPIO SILVA (VÍTIMA)
JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a)
JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA

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

DESENHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ACSA OLÍMPIO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** N^o: **RUTE MARINHO OLÍMPIO** P^{ai}: **FRANCISCO OLÍMPIO DA SILVA** Data de Nascimento: **18/3/1969** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4258927/SSP/PE (RG) 88142001443 (CPF)**
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Telefones Celulares:
- 81996284407

Residencial: **APT 103 - 2º ANDAR - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL** Pŕoximo à: **RUA COMÉRCIO, 200 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** N^o: **ACSA OLÍMPIO SILVA** P^{ai}: **JOSE ANTONIO FELIPE DA SILVA** Data de Nascimento: **21/1/1991**
Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Endereço Civil: **AMAZIADO(A)** Endereço: **21 - GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA COMÉRCIO, 200 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Relatório de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/mfpolixml/BOE.xml...

MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO (não presente ao plantão) - Gênero: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço: RUA PROJETADA, LOT. MANOEL CAMELO - GARANHUNS/PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA CG 150** Objeto apreendido: Não
 Cor: **PRATA** - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: **QYM 2841** (PERNAMBUCO/GARANHUNS)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE SEU FILHO JEFTHE FELIPE OLÍMPIO SILVA CONDUZIA A MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO CG 150, DE COR PRATA, DE PLACA QYM-2841/PE, NA RODOVIA BR 104, NESTA CIDADE, OCASIÃO EM QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA ALUDIDA MOTOCICLETA. ESCLARECE A VITIMA QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE ESTAVA NA GARUPA DO REFERIDO VEÍCULO, TENDO SAÍDO COM FERIMENTOS GRAVES, NA Perna E CALCANHAR DIREITA, SENDO A MESMA SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

Assa Amoroso Silva

ACSA OLÍMPIO SILVA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE HELENO DA SILVA** - Matrícula: **381.035-6**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

803.420.04-49

Nome completo da vítima:

Acsa Olimpio Silva

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

Nome completo:

Acsa Olimpio Silva

CPF:

803.420.04-49

Profissão:

Recurso-se.

Endereço:

Rua de Comercio

Número:

250

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Teritama

Estado:

PE

CEP:

55225-000

E-mail:

tel.(DDD):

(81) 9.9668-4814

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2551

CONTA: 9664

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Viúvo:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim Não

Vítima deixou

pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
que assinou

Local e Data: Teritama 17/10/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 X Acsa Olimpio Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS



Registro	Hora	Nome do Paciente		Sexo	Data de Entrada	
111.343.13:36	18:36	Ana Cláudia		F	18-07-2018	
Idade	RG	Órgão Emissor	CPF	Estado Civil		
19	123456789	Solteira		
Data de Nascimento		Naturalidade				
16-03-1965		Brasileira - PC				
Endereço			Número	Complemento		
R. do Comercio			184	...		
Cidade		Bairro		UF	CEP	
Santos		Centro		SP	04020-000	
SUS		Profissão				
...		...				
Nome da Mãe		Nome do Pai				
...		...				
Nome do Responsável		Telefone				
...		9629-4404				
PA	PULSO	FR	HGT	PESO	T (°C)	
SpO ₂ ambiente		SpO ₂ com O ₂	L/min			
CLASSIFICAÇÃO		<input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO				

HDA: *Visão à leitura com -2,00 óptica óptica
visão leitura com -2,00 óptica óptica
não visão com -2,00 óptica óptica*

Hipertensão () sim () não // Diabetes () sim () não // APP _____

EXAME GERAL	OROSCOPIA
OTOCOPÍA	NEUROLÓGICO
ACV	GLASGOW
AR	NUCA
ABDOME	PUPILAS
MEMBROS	PELE

Diagnóstico Provisório *Sintomas de infarto* *...* *...* *...* *...* *...*

Alergias () Sim () Não

Conduta *...* *...* *...* *...* *...*

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
01 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE MEDICO(CRM)

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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ACSA OLIMPIO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 00000039779-6

Nr. da Autenticação 4AEF22AC3551FCD3

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

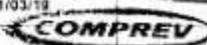
COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
107-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
EDILTON GOMES FONSECA		27/05/2019	20/05/2019	007029493566
CPF: 859.371.934-15				Nº DO CLIENTE 2916603480
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA				Nº DA INSTALAÇÃO 0065253284
RUA DO COMÉRCIO 280 AP-108 CENTRO/TORITAMA 55125-000 TORITAMA PE				
<p>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br</p>				

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.				
Consumo Ativo(kWh)	107,00	0,70961662	77,00	Vencido 20/05/19				
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,06	20/05/19 77,00				
Contrib. Irm. Pública Municipal			5,21					
ICMS Subvenção-CDE-NE 005069678-21/03/19			0,49					
 COMPREV - 003 E PREVIDÊNCIA S/A 01 AGO 2019				<p>Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 59 REN-414/ANEEL. Poderão ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.</p>				
TOTAL DA FATURA 91,14								
INFORMAÇÕES DE TABELA								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR
85,44	25,00	21,36	85,44	1,15	9,99	85,44	5,37	4,58

TARIFAS APLICADAS:		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54965187		kWh
MAI 19	187		
ABR 19	99		
MAR 19	89		
FEV 19	77		
JAN 19	88		
DEZ 18	92		
NOV 18	78		
OUT 18	79		
SET 18	74		
AGO 18	61		
JUL 18			
JUN 18			
MAR 18			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	Nº SAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META NE REAL	META TRIM	META ANUAL
00000000001010139872	CAT	18/04/2019 23.767,00	20/05/2019 23.874,00	32	1.00000	0,00	107,00	DIC-No de horas sem Energia	9,13	3,31	10,62	21,25	
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/06/2019													
DIC-No de horas sem Energia 9,13 3,31 10,62 21,25													
DIC-No de vezes sem Energia 1,00 3,33 6,47 12,95													
DIFC-Duração máxima de Interrupção contínua 0,13 3,63 0,88 0,00													
DIFCI-Duração de Interrupção em dia crítico Limite DIFCI: 12,22													
DUSD-Valor do Encargo de Use = R\$ 31,15													
Total Geralizado para aplicação das interrupções DIC, DIFC, DIFCI e DUSD a qualquer tempo.													

INFORMAÇÕES IMPORTANTES				NÍVEIS DE TENSÃO							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br .				<table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MÍNIMO</td> <td>MÁXIMO</td> </tr> </tbody> </table>				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	MÍNIMO	MÁXIMO
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)										
MÍNIMO	MÁXIMO										
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.				<table border="1"> <thead> <tr> <th>220</th> <th>202</th> <th>231</th> </tr> </thead> </table>				220	202	231	
220	202	231									
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,55% para Baixa Tensão e 3,78% para Alta Tensão-REH 2.535/19.				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.											
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês.											
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.											
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.											

DESTAQUE AQUI			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007029493566	05/2019	91,14	27/05/2019



Evite doblete na leitura ótica.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 Ouvídora: 0800-021-91-35

Eu, Maria Beatriz dos Santos Camilo Silva

RG nº 9.323.878, data de expedição 02/10/17

Órgão SDS, portador do CPF nº 119 382 744-23

com domicílio na cidade de Garanhuns, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida Manoel Camilo, nº 270,

complemento Bara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Acusa Olimpio Silva, cujo o condutor era

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG150FANF3D1 Ano: 2014/2015

Placa: QYM 841 Chassi: 9C2KC1600ER504689

Data do Acidente: 18/07/18

Local e Data:

Garanhuns, 08 de julho de 2019

Maria Beatriz dos S Camilo Silva
Assinatura do Declarante

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



RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-032751

Reconhecido por notarício em 08/07/2019:

MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO SILVA

08/07/2019 11:14:23

EMOL: 0,39 TMR: 0,88 FERG: 0,48 IBS: 0,20 FERF: 0,04 FUNGEF: 0,00

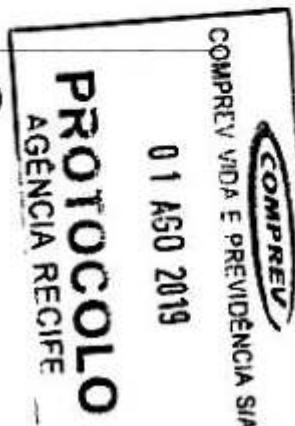
SELO DIGITAL: 0077116.UZY0291902-81198

Consulte validade em www.sps.jus.br/notadigital



ADILMO JOSE BERNARDINO - 2 | ESCREVENTE SUBSTITUTO

Adilmo
Bernardino
Substituto



01 AGO 2019

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 Ouvídora: 0800-021-91-35

Eu, Maria Beatriz dos Santos Camilo Silva

RG nº 9.323.878, data de expedição 02/10/17

Órgão SDS, portador do CPF nº 119 382 744-23

com domicílio na cidade de Garanhuns, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida Manoel Camilo, nº 270,

complemento Bara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Acusa Olimpio Silva, cujo o condutor era

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG150FANF3D1 Ano: 2014/2015

Placa: QYM 841 Chassi: 9C2KC1600ER504689

Data do Acidente: 18/07/18

Local e Data:

Garanhuns, 08 de julho de 2019

Maria Beatriz dos S Camilo Silva
Assinatura do Declarante

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



RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-032751

Reconhecido por notarício(a) nº 00001

MARIA BEATRIZ DOS SANTOS CAMILO SILVA

08/07/2019 11:14:23

EMOL: 0,39 TMR: 0,88 FERG: 0,48 IBS: 0,20 FERF: 0,04 FUNGEF: 0,00

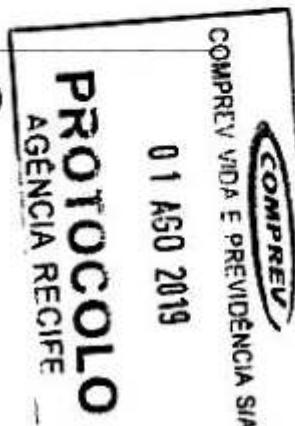
SELO DIGITAL: 0077116.UZY0291902-81198

Consulte validade em www.sps.jus.br/notadigital



ADILMO JOSE BERNARDINO - 2 | ESCREVENTE SUBSTITUTO

Adilmo
Bernardino
Substituto





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

**PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

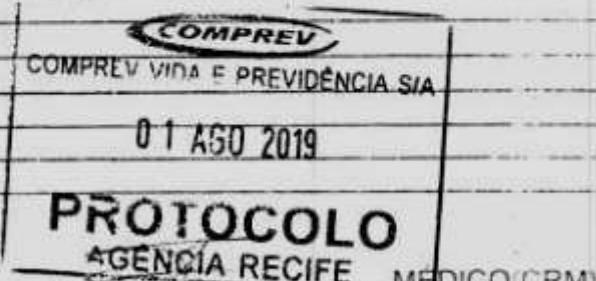
Reg. stro	Hora	Nome do Paciente	Sexo	Data de Entrada	
111.343	18:36	Gláucia Silveira	F	18.07.2018	
Isac	RG	Orgão Emissor	CPF	Estado C. M. Sobr. 111	
19	111	Brasil	111.111.111-11		
Data de Nascimento		Naturalidade			
16-03-1963		Brasil - PC			
Endereço		Número	Complemento		
P. do Comercio		180	Centro		
Cidade		Bairro	UF	CEP	
Santos		Santos	SP	14000-000	
SUS		Profissão			
111.111.111-11		Estudante			
Nome da Mãe		Nome do Pai			
Eunice Maria Gláucia		Eunice Maria de			
Nome do Responsável		Telefone 9629-4404			
PA	PULSO	FR	HGT	PESO	T (°C)
SpO ₂ ambiente		SpO ₂ com O ₂	L/min		
CLASIFICAÇÃO		VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL ASSINATURA E CARIMBO

HDA ~~Vitória é maior como - não é operadora
não é maior que a operadora é que é maior de
nunca é maior que a menor~~

Hipertensão () sim () não // Diabetes () sim () não // APP _____

EXAME GERAL	OROSCOPIA
OTOL. COPIA	NEUROLÓGICO
ACV	GLASGOW
AR	NUCA
ABDOMÉ	PUPILAS
MEMBROS	PELE

Diagnóstico Provisório Febre de Transito (M&G) 2/2
- Alergias (Sim) (Não)
Conduta Exames complementares





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



Toritama, 08 de Agosto de 2018.

**Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar**

DECLARAÇÃO nº 111/2018

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

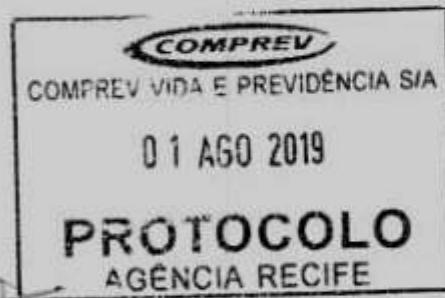
Para: **ACSA OLIMPIO SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **ACSA OLIMPIO SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 114.743, no dia 18/07/2018, foi atendido e em seguida sendo LIBERADA.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde
Coordenador de Unidade de Saúde



Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192• E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



NOME DO PACIENTE: ACSA OLÍMPIO SILVA



SOLICITANTE: DR.(A) OLLELA CRUZ SANTANA

NÚMERO DO PACIENTE: 228461

CONVÊNIO: PARTICULAR

NÚMERO DA REQUISIÇÃO: 831427

EXAME: US ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)

DATA: 28/11/2018

Exame realizado com aparelho **DIGITAL** com transdutores de multifrequenciais de alta resolução

ESTUDO ECOGRÁFICO DO TORNOZELO DIREITO

FACE ANTERIOR:

- Tendão tibial anterior, extensor dos dedos e extensor do Hálux sem alterações.

FACE LATERAL:

- Tendões fibulares curto e longo sem alterações.
- Ligamento fibulo calcâneo e talus fibular sem alterações.

FACE MEDIAL:

- Tendão tibial posterior, flexor dos dedos sem alterações.

FACE POSTERIOR:

- Presença de ruptura na inserção do tendão de Aquiles acometendo aproximadamente 30% da inserção total, medindo 0.83 x 0.29 cm.

ID.: (IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA):

RUPTURA PARCIAL DO TENDÃO DE AQUILES.

CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORENCIO

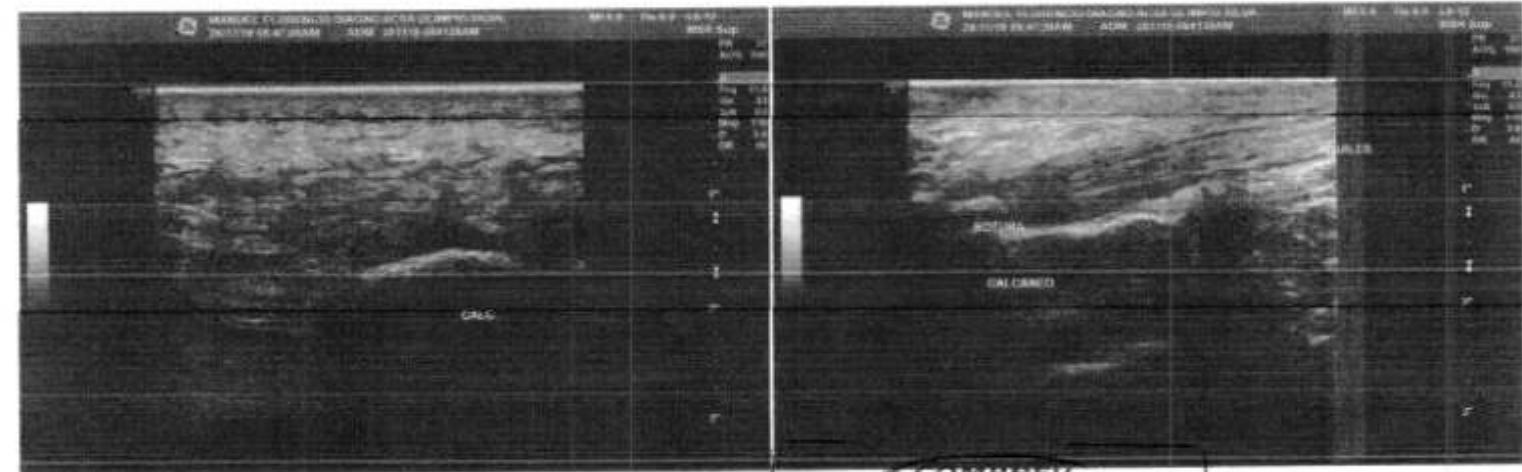
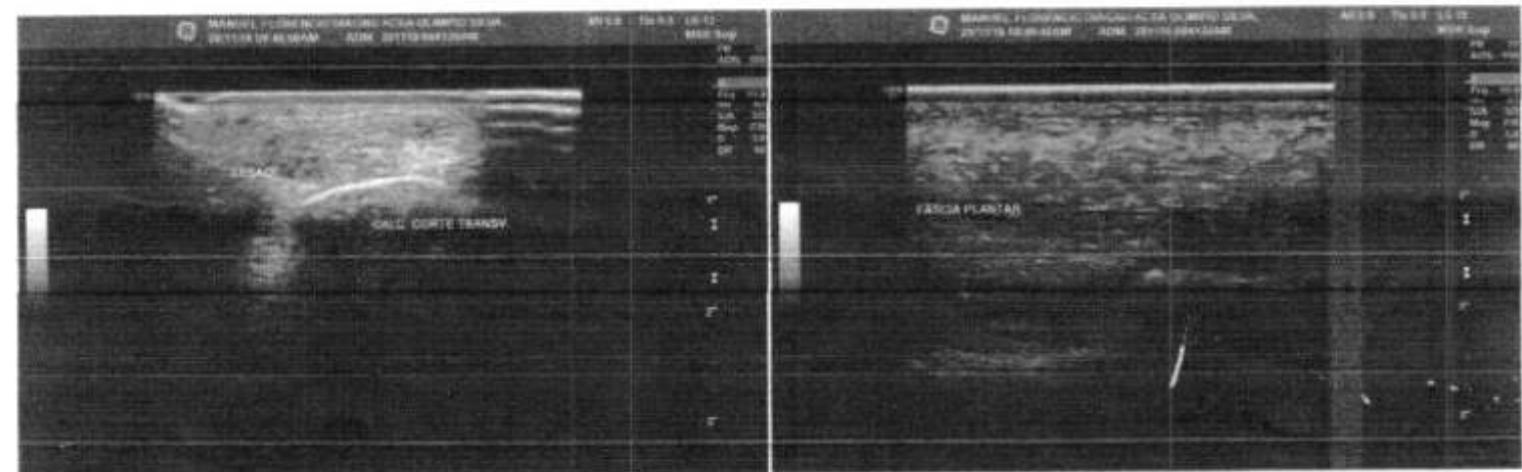
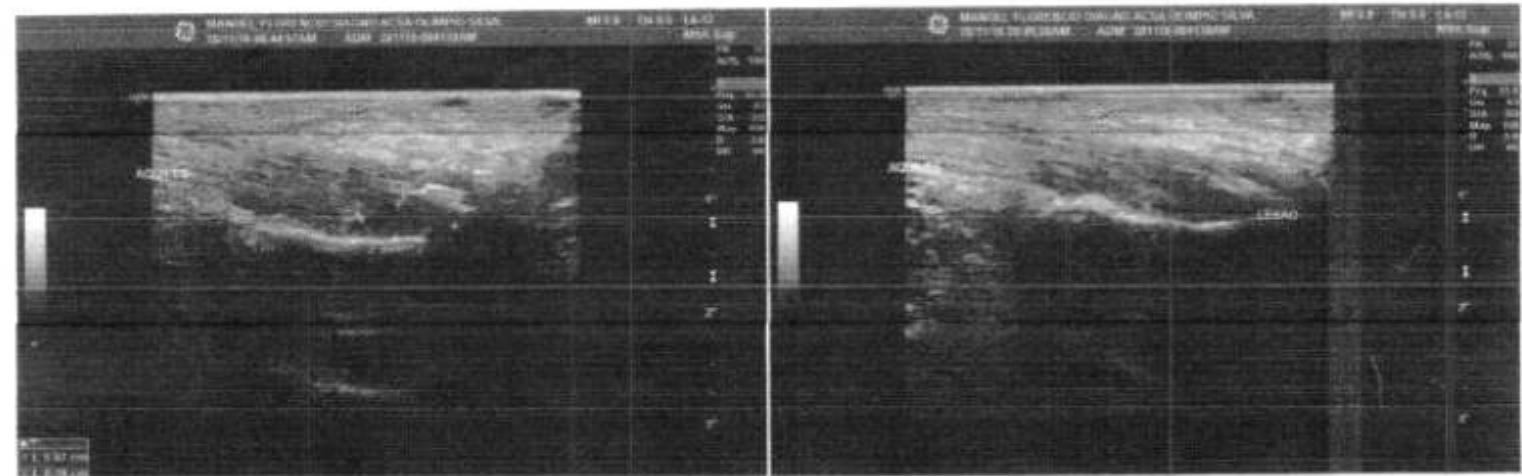
Dr.(a) WALDENIR FERREIRA DE SOUZA

CRM 18290

COMPREV do os exames de PET-CT e Medicina Nuclear (Cintilografia).
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



 COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 AGO 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA DECIEC

