

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518139

Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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 DE FATIMA OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002295-0

Conta: 000006496-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518139

Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA 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 tornozelo 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 DE FATIMA OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002295-0

Conta: 000006496-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518139

Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
059.170.384-06 MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA 6 - CPF: 059.170.384-06
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: SI. LAGOA DANTAS 9 - Número: 340 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - mal: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.065-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 16 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\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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)
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 02295 CONTA: 6496 (3)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total no valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve IML (Instituto Médico Legal) ou outro órgão de perícia que tenha emitido laudo de incapacidade permanente para o trabalho (IPCT) para a vítima ou requerimento de IML para o Seguro DPVAT por invalidez permanente, ou, se houve, 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, 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 não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente ou do evento, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signfica prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (vivos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

34

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

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

37 - 1ª Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

05 SET 2019

40 - Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 29/08/2019

Maria de Fatima Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

545552
0367909119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0220000512**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2019** às **12:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/6/2019** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO SILVA DE CIMA PROXIMO A MADEIREIRA DE NALDO** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA (AUTOR / AGENTE)
MARIA DE FATIMA OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

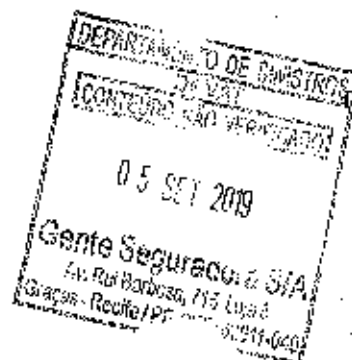
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

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

MARIA DE FATIMA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA INACIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **SEVERINO LUIZ DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **13/8/1978** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7386578/SDS/PE (RG), 05917038406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 991331737**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LAGOA DANTAS, Nº 340, ZONA RURAL DE TAQUARITINGA DO NORTE - CEP: 55790000 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDILEUSA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **19/6/1980** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6976002/SDS/PE (RG), 06012852479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**



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

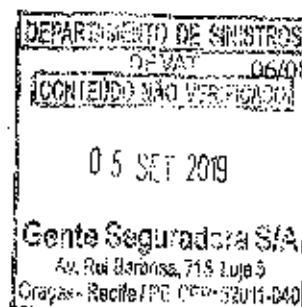
Placa: **KIP9941** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Renavam: **119065797** Chassi: **9C6KE122090026933**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

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

EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA
(AUTOR AGENTE)

B.O. registrado por: **JAIRO DE LIMA BEZERRA** - Matrícula: **319937-1**



2019 12:22

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
059.170.384-06 MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA 6 - CPF: 059.170.384-06
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: SI. LAGOA DANTAS 9 - Número: 340 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - mal: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.065-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 16 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\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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)
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 02295 CONTA: 6496 (3)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total no valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve IML (Instituto Médico Legal) ou outro órgão de perícia que tenha emitido laudo de incapacidade permanente para o trabalho (IPCT) para a vítima ou requerimento de IML para o Seguro DPVAT por invalidez permanente, ou, se houve, 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, 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 não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente ou do evento, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signfica prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (vivos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - 1ª Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 05 SET 2019

40 - Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 29/08/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO

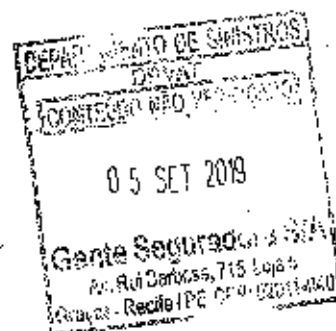
Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **MARIA DE FATIMA OLIVEIRA** nascido em 13/08/1978 esteve nesta unidade hospitalar no dia 16/06/2019 por volta das 19h12min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 11 de JULHO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

Jose Ademir Pereira
74591

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

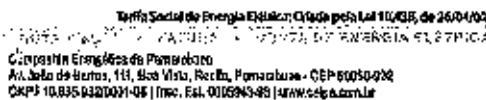
BANCO: 237

AGÊNCIA: 02295-0

CONTA: 000000006496-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1609201905000000000023702295000000006496168750 PAGO



SI LOISA DARTAS 340

LAGOA D'ANTAS/TAQUARITINGA DO NORTE
TAQUARITINGA DO NORTE-PE
55790-000

DATA DI CONTRATTO	20/05/2019
DATA DELL'INCONTRO	21/05/2019
TOTALE A PAGARE (€)	8.75

STANDARD SOCIAL 061811623	6008 41274	2300450 40022215
41422222222222 740622013	22 222 22222222 72132222221	STANDARD SOCIAL 5842351

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Material 20 Kg	30,000000	0,19296268	6,77
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,04
Contrib. Imp. Publica Municipal			1,00
Contribuição CERCAL - (001) 384-1038			3,00
Compensação ICMS/IS/IT			-0,00
TOTAL DA FATURA			8,79

DECLASSIFICATION OF CONTROLLED DATA									
REF ID	TIPO DA	AUTORIZA		ANULA		REF ID	CONSTANTE	ANULA	COMANDO (MM)
REF ID	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	REF ID	CONSTANTE	ANULA	COMANDO (MM)
REF ID	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	REF ID	CONSTANTE	ANULA	COMANDO (MM)
REF ID	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	REF ID	CONSTANTE	ANULA	COMANDO (MM)

[illegible]

Regione per le parti della vicenda che ha fatto sì che la sua vita sia stata così diversa da quella che si era immaginata. Ha deciso di non tornare più in Italia, ma di restare in America, dove ha trovato un lavoro e una casa. Ha deciso di non tornare più in Italia, ma di restare in America, dove ha trovato un lavoro e una casa. Ha deciso di non tornare più in Italia, ma di restare in America, dove ha trovato un lavoro e una casa.

ATENÇÃO! A CEL PE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABRIC

Variable	Disruption	High	Variable	Disruption	Variable
Variable	Disruption	High	Variable	Disruption	Variable

Este é o primeiro estudo M&G que analisou a interação entre as M&G e a temperatura de ligação e a sua distribuição. Também, se altera a temperatura de ligação, pode-se obter diferentes resultados, portanto, podemos dizer que a temperatura de controle, podendo variar de 100°C a 120°C, colabora com a ligação de CRB às fibras de vidro. No 2º BSN 2014, M&G, Padley apresenta os dados de teste de ligação de CRB com as fibras de vidro, com a ligação de CRB a 300°C. A 220/04/04.

[illegible]

4000000	VALOR ACORDADO	VALOR RECEBIDO	VALOR TRANSFERIDO	VALOR LÍQUIDO
	0,16	10,65	26,72	42,54
	2,06	7,62	16,04	14,78
	0,52	5,58	0,15	0,93

Limite SACR 16,50 SACR - valor do Desconto no Uso do Sistema de Crédito em Ação 1,27

Limites SACR 10-20 25-30 35-40 45-50 55-60 65-70 75-80 85-90 90-100

4573 03 15-05-05

பயிற்சியைப்

	ψ ₀ (x)	ψ ₁ (x)
C/D	ψ ₀ (x)	ψ ₁ (x)

220	212	
-----	-----	--

111

11

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA
281
CON DOMINIO DE LA VIDA

05 SEP 2019

Santa Seguradora S/A
Rua Barbosa, 715 Loja 3
Cidade Nova, 11170-000 - 2011-040

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.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/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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. PERNAVES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DE FATIMA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.170.384 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DE FATIMA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.170.384 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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


☒ Recuso informar

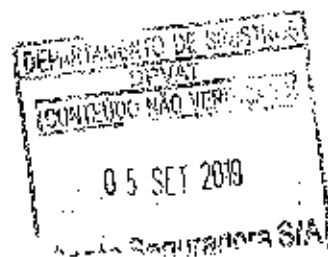
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência Junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CPF
CENTRO	SURUBIM	PE	059.170.000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	(81) 9665-0454		(81) 8133-5022

SURUBIM de 29 de Agosto de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

RG nº 6916002, data de expedição 10/12/01

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 060 128 524 79, com

domicílio na cidade de TAQUARITINGA DO NORTE, no Estado de

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

SITIO LAGOA DANTAS, ZONA RURAL, nº 340,

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

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

vítima MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA, cujo o condutor era

EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR 125 K

Ano: 2008/2009

Placa: XIP 9941

Chassi: 9CGKE122090026933

Data do Acidente: 16/06/19

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 29/07/19



Everaldo José de Oliveira

Assinatura do Declarante

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

LABORATÓRIO
Exatidão 022-CONUL-1
Versão 2.0.0.0 - 1.0.0.0

Rua 02/01, 111 - Centro - Taquaritinga do Norte - PE
Fone: 33-333-05 - E-mail: contato@taqui.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de: EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA Dono
Taqui do Norte, 29/07/2019. Em test. de:
Verdade: (a) PELLEGRINO AUGUSTO COSTA SANTOS - Escrevente
CPF: RS 3.38 - TPA: RS 0.80 - FERC: 0.40 FERM: RS 0.04
RJN: RS 0.08) Data: 0076613.KAP0420190E08730

Consulte o conteúdo digital em: www.taqui.com.br/taquidigital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE 2019
CONTABILIZADO 2019

05 SET 2019

Genta Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 6
Cidade - Recife/PE - CEP: 52011-040



FICHA DE ATENDIMENTO

UPA
24h

RECEPCIONISTA: Amorinda Data: 16/06/2019 Hora: 18 : 12 min
Nome: Henri de Fátima Calveira Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 44 Nascimento: ____/____/____ Nº SUS: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: (81) 9133 1737
Endereço: Rua Sítio Lagoa Danta Nº _____ Bairro: _____
Cidade: Lauro de Freitas Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
País: _____
Mãe: CRISTINA DE SOUZA
Endereço da Mãe: _____
Endereço da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: ____ : ____ min
PA: 120 x 70 T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2%: _____

Cadec de Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 19 : 10 min

Doenças preexistentes: neq

Alergias: neq

Uso de medicações: nao

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia () ; Cianose () ; Estridor () ; PC < 50 > 140 () ; FR > 32vpm () ; Extremidades frias () ; Pulso fraco () ;
Pulso ausente () ; Sudorese () ; PAS < 80mmhg () ; PAD > 130mmhg () ; Letargia () ; Convulsionando () ;
Inresponsivo ou só resposta a dor () ; Intoxicação exógena () ; Sangramento intenso () ; Lesão grave () ;
Queimaduras > 25% de SC ou acometimento de vias aéreas () ; Hipoglicemia com sudorese intensa () ;

OBS: _____

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CONTROLE DE INFECÇÃO
05 SET 2019

CLASSIFICAR COMO AMARELO

Poli-traumatizado com Glasgow entre 13 e 16 () ; FC < 50 ou > 140 () ; PAS < 90 ou > 190mmhg () ; PAD > 130 () ;
Febre > 38°C () ; Febre com imunodepressão () ; Convulsão nas últimas 24h () ; mucosas ressecadas () ;
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas () ; Abuso sexual () ; Dor abdominal ou torácica intensa () ;
Fraturas angulosas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa () ; história até 72h de:
Mefena () ; Hematêmese () ; enterorragia () ; epistaxe () ; Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico () ;

OBS: _____

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
01001-900

CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV (); PAS entre 160 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ().

OBS: Paciente. Queixa-se de dor em MIE após queda de moto, sem outras queixas.

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO:

ASS. E CARIMBO:

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

Deu
Gisele Vagner Cardoso
Enfermeira Especialista
COREN-SP 50000

MÉDICO:

Histórico do paciente: Paciente interna de trauma em ferimento (E)

Id. Trauma ?

Id. Colúmbia EX

Exame Físico:

Exatidão de FA EM (MSE)

Trauma de FA com + 100 ml de sangue

Hipótese diagnóstica

21/48 - MORFINA 10mg + 9ml AD

21/45

3ml EV

20/00

Conduta:

HOSPITAL A.A.

Nº 572 7/198

ASS. E CARIMBO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr(a) **Maria de Fátima Oliveira**,
Esteve Interna Nesta Unidade Hospitalar no Período do dia
17/06/2019 e foi transferida para hospital Jesus Pequenino em
17/06/2019. Registro Hospitalar: 340390.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Atenciosamente;

Caruaru, 18 de Julho 2019

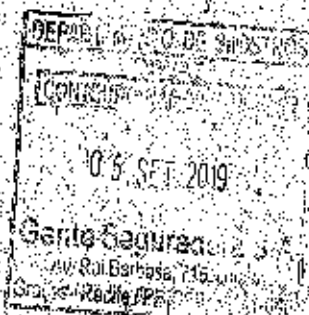
109.794.975/0269-27

SIZAM - Hospital Regional do Agreste

Av. Rui Barbosa, 115

Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)



A large, empty sheet of white paper with horizontal ruling lines, resembling notebook paper, placed on a dark, textured background. The paper is oriented horizontally and occupies most of the frame. The ruling lines are evenly spaced and run across the width of the page. The background is a dark, mottled grey with a fine, grainy texture. The lighting is even, highlighting the white surface of the paper against the darker background.

<p>Nome do Beneficiário: _____</p> <p>Responso: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Cidade: _____</p> <p>Estado: _____</p> <p>CEP: _____</p> <p>Assinatura: _____</p>		<p>Quantidade: _____</p> <p>Família: _____</p>
---	--	--

[illegible][illegible]

1. SALES			
Product	Volume	Price	Unit
Product A	100	10	1000
Product B	200	20	2000
Product C	300	30	3000
Product D	400	40	4000
Product E	500	50	5000
Product F	600	60	6000
Product G	700	70	7000
Product H	800	80	8000
Product I	900	90	9000
Product J	1000	100	10000

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPANGUE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente: Alina da Silva da Silva

Exame

Paciente apresenta dor no lado direito
do abdômen com febre e náuseas.
Exame físico: dor à palpação, sem sinais de
peritonite.

Prescrição: antibiótico e analgésico.
Fazer dieta líquida e repouso.

Paciente deve ser monitorado
clínicamente e com exames de laboratório.

Declaro que a prescrição é verdadeira
e correta.

Assinatura do Médico: [Assinatura] Data: 10/01/2024
Nº 5707448

Nome: _____ MEDICO

Medicamentos: _____

Data: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Maria de Fátima de Oliveira



01R-59

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JAVARÉS NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.356.578

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/05/2003

NOME

<< MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA >>

FILIAÇÃO

<< SEVERINO LUIZ DE OLIVEIRA >>

<< ANA INÁCIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

TAQUARITINGA DO NORTE PE

13/08/1978

DOC ORIGEM

<< CN.3972 L.A05 F.45V CART. 1º DIST. TAQUARITINGA
DO NORTE-PE 08.09.1992 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
05 SET 2019
Gente Seguradora S
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa 5
Rio de Janeiro RJ 20011-901



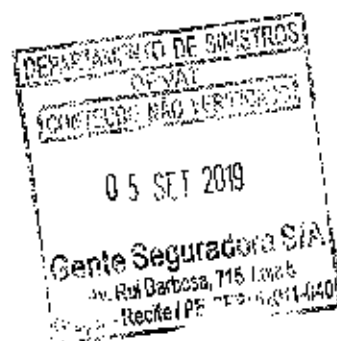
MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

059.170.384-06

MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

13/08/1978



MINISTERIO DAS CIDADES

DETER. PE 010334597614

1 119065795 1013

EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

TRQ DO NORTE-PE

050-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

PE Nº 010334597614

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

000-128-524-79

55 SET 2019
Gente Seguradora S/A
Rua da Bahia, 715 - 1º andar
Rio de Janeiro - RJ 20011-060

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA MARIA DE FATIMA OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 16/06/2019 CPF DA VITIMA 059.170.384-06
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA
 Nº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55350-000
 E-MAIL ASSEGUROS1994@uol.com.br TELEFONE (81) 9665-0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL/ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINITIVA)
☒ BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 300902830116

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Concedores do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307909/19

Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

CPF: 059.170.384-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA DE FATIMA OLIVEIRA : 059.170.384-06

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\$ 12.500,00. 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 arquivamento de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

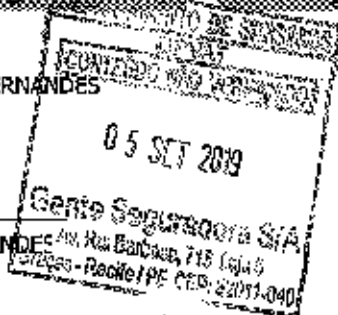
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: Isabella Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabella Antonia dos Santos Ursulino



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518139 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	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: 3190518139 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** Investprev 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: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: XSOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.356.578 SDS/PE CPF: 059.170.384-06
DATA DO ACIDENTE: 16/06/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA
ENDEREÇO: SÍTIO LAGOA DANTAS, 340, ZONA RURAL, TAQUARITINGA DO NORTE - PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERÁ ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

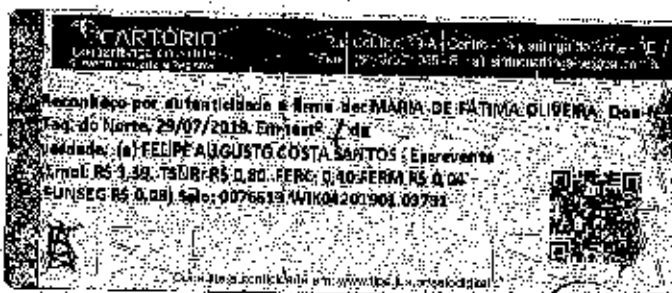
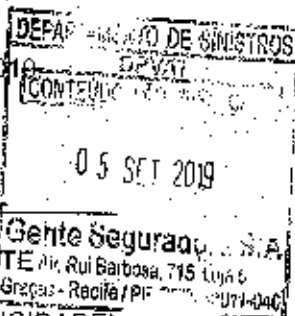
TAQUARITINGA DO NORTE - PE 29 DE JULHO 2019



Maria de Fatima Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307909/19

Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

CPF: 059.170.384-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/06/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA DE FATIMA OLIVEIRA : 059.170.384-06

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: 05/09/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino