

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, 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, 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



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, 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, 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



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, 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:	<input type="checkbox"/> DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro da ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da Vítima:	
		059.170.384-06 MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA	

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA		059.170.384-06	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
REC. INF	SI. LAGOA DANTAS	340	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ZONA RURAL	TAQUARITINGA DO NORTE	PE	55790-000
15 - e-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 9665-0454		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (conta para os bancos atuais. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): Nome do BANCO: BRADESCO AGENCIA: 02295 CONTA: 6496 (3)		
Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir		

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o dano, 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 tenho imóvel (lugar de residência) ou local de trabalho (Medio de Transporte) que atenda ao critério de habitação ou trabalho para invalidez permanente, ou, caso que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 ocorra de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (caso Civil) <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Juntamente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Petrópolis Município:			
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima:	29 - Se tinha filhos, informar:	30 - Vítima deixou:	31 - Vítima:	32 - Se tinha Irmãos, informar:	33 - Vítima deixou:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a que os beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, estando viva, ainda, de que qualquer missão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por ilícito de artigo 200 do Código Penal.					

34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - 1º Nome de quem assina a rogo/a pedido
38 - Local e Data:	39 - 1º Nome:

40 - Local e Data:	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura da testemunha
TAQUARITINGA DO NORTE/PE 29/08/2019	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da testemunha
43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	44 - Assinatura do Procurador (se houver)	
45 - Assinatura do Procurador (se houver)	46 - Assinatura do Procurador (se houver)	



545552

0367909/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/6/2019** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SITIO 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 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

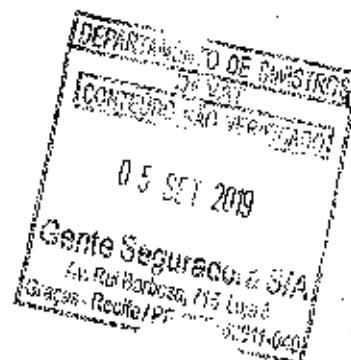
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

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: **7388578/SDS/PE (RG), 05917038406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 991331737**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SITIO 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)**



Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SITIO LAGOA DANTAS, N° 340, ZONA RURAL DE TAQUARITINGA DO NORTE - CEP: 55790000 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 125 K** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIP9941** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Renavam: **119065797** Chassi: **9C6KE122090026933**

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA O SR EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA QUE NO DIA 16/08/2019, POR VOLTA DAS 18:30 HORAS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA ESTRADA DO SITIO SILVA DE CIMA, ONDE TRAZIA COMO CARONA A VITIMA MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA E AO TRAFEGAR PRÓXIMO A MEDEIREIRA DE NALDO, DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA FAZENDO COM QUE A MESMA VIESSE A CAIR. DO ACIDENTE O CONDUTOR SOFREU FERIMENTOS LEVES, ENQUANTO QUE A SENHORA MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA SOFREU FERIMENTOS GRAVES EM SUA PERNAS ESQUERDA. LOGO APÓS O ACIDENTE A VITIMA DEU ENTRADA NA UPA DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA AO HRA DA CIDADE DE CARUARU E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO DA CIDADE DE BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

Everaldo José de Oliveira
EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA
(AUTOR / AGENTE)

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DATA: 06/08/2019 12:22
CONTEÚDO: BLOCO 001
05 SET 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Laje 5
Cravas - Recife/PE CEP: 52011-040

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro da ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da Vítima:	
		059.170.384-06 MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCIHLAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA		059.170.384-06	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
REC. INF	SI. LAGOA DANTAS	340	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ZONA RURAL	TAQUARITINHA DO NORTE	PE	55790-000
15 - e-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 9665-0454		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (corrente para os bancos ativos. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: BRADESCO	
AGÊNCIA: 02295	CONTA: 6496	AGÊNCIA: 02295	CONTA: 6496
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o dano, 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 tenho imóvel (lugar de residência) ou local de trabalho (Medio de Transporte) que atenda ao critério de existência de invalidez permanente (não exista uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 ocorra de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:	24 - Solteiro:	25 - Casada (caso Civil):	26 - Viúvo:	27 - Petrópolis:	
VII da vítima:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28 - Grau de parentesco com a vítima:	29 - Vítima deixou companheiro(a):	30 - Se tinha filhos, informar:	31 - Vítima deixou:	32 - Se tinha irmãos, informar:	33 - Vítima deixou:
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Vivos	<input type="checkbox"/> Falecidos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Nen	<input type="checkbox"/> Vivos
34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido					
35 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido					
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido					
37 - 1º Nome de quem assina a rogo/a pedido					
38 - 1º Nome:					
39 - 2º Nome:					
40 - Local e Data:					
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)					
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)					
43 - Assinatura do Procurador (se houver)					

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - 1º Nome:
38 - 1º CPF:	39 - 2º Nome:
40 - Local e Data:	41 - Assinatura da testemunha
42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TAQUARITINHA DO NORTE/PE 29/08/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Centro
CEP 50.000-040



DECLARAÇÃO

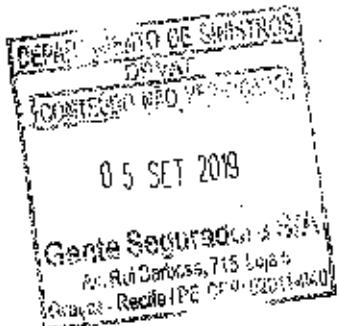
Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **MARIA DE FATIMA OLIVEIRA** nascido em 13/08/1978 esteve nesta unidade hospitalar no dia 16/06/2019 por volta das **19h12min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 11 de JULHO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Jose Ademir Pereira
14591



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: 00000006496-3

Nr. Autenticação

BRADESCO16092019050000000002370229500000006496168750 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica paga pela lei 11.043/03 de 26/04/03
VALOR MÍNIMO DE ENERGIA, R\$ 2,67/MÍDIA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. 11 de Setembro, 110 - Bairro, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ: 10.835.030/0001-05 | Fone: Est. 0105934-89 | www.cepe.com.br

DATA DE FALECIMENTO
MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA

ESTADOS UNIDOS AMERICANOS
SIT. PISO DANTAS 240

CPF: 010-170-384-08 NIS: 16453593530

LAGOA D'ANTAS/TAQUARI TINGA DO NORTE
TAQUARI TINGA DO NORTE PE
55790-030

CLASSESPRENDERS
B1 RESIDENCIAL
PARQUE SANTANA

...

DATA DE VENDIMENTO
21/05/2019

Conselho de Administração
Acrescendo Bandeira ANARELA
Conselho, Itam. Pública Municipal
Conselho Técnico CERCAL - (081) 3634-1026
Comunicação CERCAL/03/93

NUMBER	PERIOD	VALUATION
30,000,000	3,1929268	6.77
		6.00
		1.00
		2.00
		3.00
		4.00

50301-01-0001

430

ID DO Relatório	TÍPO DA Função	DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO						AVALIAÇÃO	CONCLUSÃO
		ANTERIOR	ATUAL	LUTA	TIPO	DIAS	CONSTANTE		
31-02-2024	CAT	DATA 15/02/2024	DATA 15/02/2024	JORNADA	LUTA	TIPO 30	30	1.000%	2000

ATENÇÃO: SE VOCÊ INFORMAR QUE NÃO PODE PASSAR A NOITE EM ALGUM LUGAR, PRECISA SABER SE PODE FICAR NA CASA DE ALGUÉM.

19. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fabricius, 1781: 113) (partim).

É de certa necessidade que o autor de delito que se usa a H_2O_2 comprove a utilização e sua utilização judicial. Caso contrário, não se poderá chegar a uma conclusão de que o autor possa decretar a execução da pena de morte, podendo assim ser feita a liberdade condicional ou a prisão temporária de 10 a 20 anos. Podem ocorrer situações em que a prova é insuficiente, inclusive nos casos em que haja

Average & Standard Deviations of Performance					
4000m	10000m	5000m	1500m	1000m	500m
10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10
10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10
10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10

ESTADO DE SÃO PAULO

05 SET 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
tel: 11-7 222-1961-640



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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=28634>

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 falta de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SISPF, 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. FERNANDES 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 aplicação penal prevista no art. 200 II, § 2º, II, 5º, 6º e 7º, do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua	JOÃO BATISTA	370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55150-000
Email	afseguros1994@yahoo.com.br		
Telefone comercial (DDI)		Telefone celular (DDU)	
(81) 9665-0454		(81) 8133-5020	

SURUBIM/16.29 de Agosto de 2019
Local e Data:

Locale Data

Assinatura do Declarante

85 SET 2019

A. J. Rodriguez-Gonzalez et al.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

RG nº 6976002 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
mentionado 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: 906 XE12AD 90026933

Data do Acidente: 16/06/19

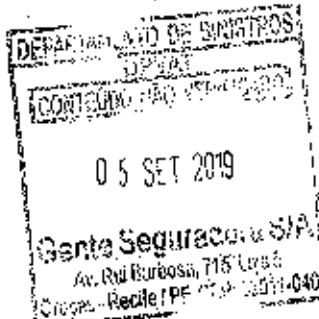
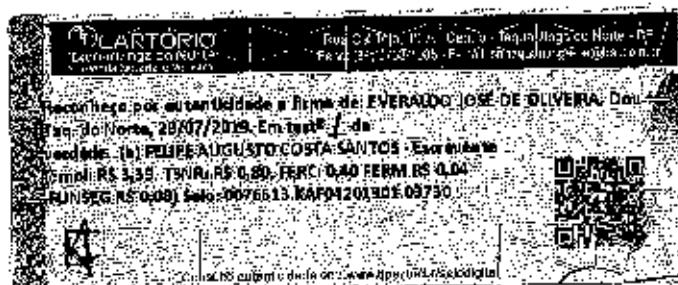
Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 29/10/19



Everaldo José de Oliveira

Assinatura do Declarante

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



FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: Amanda Data: 16/06/2019 Hora: 10:12 min
Nome: Flávia de Fátima Colares Nº do Prontuário:

RG: _____ Idade: 41 Nascimento: 1/1/1978 Nº SUS:

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: (81) 9133-1732

Endereço: Alto São Lourenço Dantas Nº: _____ Bairro:

Cidade: Jaqueline Acompanhante: () Sim Não () Nome:

País: _____

Mãe: Corinne-PE 50009
Pai: Edson-PE 50009
Avô: Edson-PE 50009

Endos da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min

PA: 120x70 R: _____ MGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2%: _____

Cadeia de Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 19:40 min

Doenças preexistentes: Nega

Alergias: Nega

Uso de medicações: Nas

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apneia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco()

Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando()

Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave()

Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa()

OBSC: _____

DATA: 05/06/2019

DATA: 05/06/2019

05 SET 2019

CLASSIFICAR COMO AMARELO

Gente Segurado 2/3/A

Av. Rio Barbosa, 715 Lages

Politratumatizado 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 1º e 3º 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:

Metena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico();

OBS:

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 e 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com
História de febre e com placas sem toxemia ().

OBS: Recente. Quixa-se de dor em NT e apóia
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
diarréia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outras 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
Gabinete de Emergência
Eduardo de Carvalho
03/07/2010

MÉDICO:

Histórico do paciente: Paciente internado de trauma cuja
farmácia (=)

1.º: Trauma ?

2.º: Tolcante RX

3.º: Motoneuropatia (muse)

4.º: Traumatol 100 ml 5% sol.

Hipótese diagnóstica: 21:48 -> Morfina 10mg + 9ml AD

3ml PV

20/08

Conduta:

HOSPITAL A

Nº 5227198

ASS. E CARIMBO

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

169 794.375/C269-27
522411-Hospital Regions Co-Progress
169 794.375/C269-27
169 794.375/C269-27
169 794.375/C269-27

setor de Arquivo (santé)

03 SET 2019

Geraldo Segurado

THE 1974 HEGELIAN APPROACH
TO THE HISTORY OF IDEAS

Resumen: El *gigante de la media* (*GM*) es un efecto que ocurre cuando la media de una muestra es igual a la media de la población.

1. *What is the primary purpose of the study?*

10. *W. C. Gandy, Jr.* (1980) *On the History of Mathematics* (New Haven: Yale University Press).

1. *What is the primary purpose of the study?*

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

10. *What is the primary purpose of the following statement?*

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

10. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 10)

10. *What is the primary purpose of the following statement?*

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

10. *What is the primary purpose of the following statement?*

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

10. *Journal of the American Statistical Association*, 1980, 75, 362-375.

1996-1997: The first year of the new millennium, the year of the 50th anniversary of the founding of the People's Republic of China.

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

10. *What is the primary purpose of the following statement?*

Digitized by srujanika@gmail.com

10. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 10)

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

Digitized by srujanika@gmail.com

10. *What is the best way to increase the number of people who use a particular service?*

• 100 •

Digitized by srujanika@gmail.com

1. *What is the primary purpose of the study?*

卷之三

PERIODICALS

1940-1941. The following is a list of the names of the members of the club.

1970-1971

Facilest way to do this is to provide separate
theoretical models for each of the
above cases.

Leave paper with transcriber
so that it can be read & copy of each

Recent developments in the field of

Wetland areas are considered to be the most important habitat for the species.

— (1991) *Constitutive and regulatory genes for the β -galactosidase enzyme in *Escherichia coli**. Ph.D. Thesis, University of Sunderland.

• 76 •

6. **Other** _____

Name _____ Date _____

600 C.J. 1919

Maria de Fátima de Oliveira

ESTADO DE PERNAMBUCO - JURISDIÇÃO DA JUSTIÇA DO TRABALHO

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R-59

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 >>

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 >>

DEPARTAMENTO DE REGISTROS

DE VAS

COMENDO NAO VERIFICADO

05 SET 2019

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 118 DE 29/08/83

Gente Seguradora S.
Av. Rui Barbosa, 715
Recife-PE CEP: 50.111



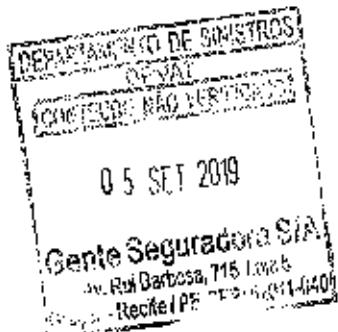
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Setor da Receita Federal

CPF

059.170.384-06

MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA

13/08/1973



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Investprev
Conselho de Seguro DIFAS

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

DOCUMENTOS ENTREGUEIS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IMI
- 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.difasseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

• A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 1.450,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 8.036/90.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisa estar devidamente protocolados como comprovante de entrega pelo 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 definitiva é da interessada/vítima.

Portador da documentação entregue:

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

Recomendável pelo cadastramento na Seguradora:

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES - Rua Barreto, 715 (s/n)
Braga - Pelegrina - PR - CEP: 82211-040

Isabelli 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

Valorização 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

Valorização 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
VÍTIMA: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA
ENDEREÇO: SITIO 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, N°370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUÍ MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ 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 RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

TAQUARITINGA DO NORTE - PE 29 DE JULHO 2019

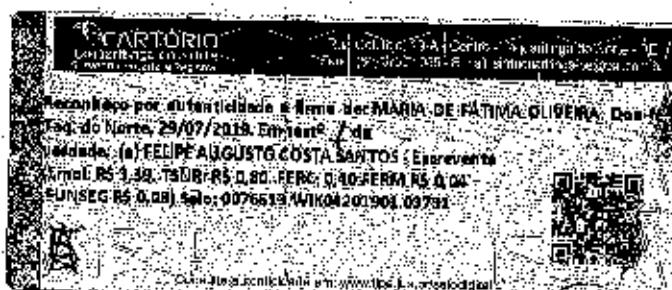


05 SET 2019

Maria de Fátima Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE Rua Barbosa, 715 - apto 606
Graças - Recife / PE CEP: 54010-040

(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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino