



Número: **0021732-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DE FATIMA OLIVEIRA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65357764	28/07/2020 10:27	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 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





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, 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

Pag. 00307/00308 - carta_15R - INVALIDEZ

00330154





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

Carta nº 14940558

Pag. 00289/00290 - carta_01 - INVALIDEZ





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

059.570.384-06 MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

6 - CPF:

059.570.384-06

7 - Profissão:

REC. INF

8 - Endereço:

SILLAGOA DANTAS

9 - Número:

340

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.790-000

15 - e-mail:

AR - TEL (DDD):
(81) 9.665-0454

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 02295

CONTA: 6496

3

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 o crédito, 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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização pelo Seguro DPVAT por invalidez permanente, conforme a legislação em vigor.

☒ 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER 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 o contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo ☐ Separado (ou Divorçado)

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 nascido (ou nascendo)?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem sua condição, estando o ente, 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 - Assinatura 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

Maria de Fatima Oliveira

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Gente Seguradora S/A

Rua Barbosa, 715 - Jatoá

Cidade: Recife - PE

CNPJ: 06.940.000/0001-00

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

0002/2019



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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/6/2019** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO 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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

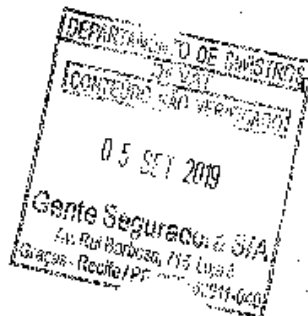
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

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

Endereço Residencial: **MUNICIPIO 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: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**



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.**

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**

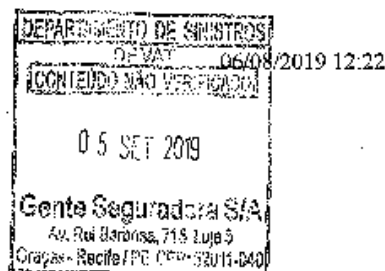
Complemento / Observação

INFORMA O SR EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA QUE NO DIA 18/08/2019, POR VOLTA DAS 18:30 HORAS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA ESTRADA DO SÍTIO SILVA DE CIMA, ONDE TRAZIA COMO CARONA A VÍTIMA MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA E AO TRAFEGAR PROXIMO 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 PERNA ESQUERDA. LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NA UPA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 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**





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

059.570.384-06 MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

6 - CPF:

059.570.384-06

7 - Profissão:

REC. INF

8 - Endereço:

SILLAGOA DANTAS

9 - Número:

340

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.790-000

15 - e-mail:

(11) 9 065 - 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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o crédito, 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 apresento o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização pelo Seguro DPVAT por invalidez permanente, conforme a legislação em vigor.

☒ 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER 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 o contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Viúvo ☐ Separado (ou divorciado) ☐ 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 nascido (ou nascendo)?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem sua condição, estando o ente, 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 - Assinatura 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)

Gente Seguradora

Rua Barbosa, 715 - Jd. Santa Lúcia - Recife/PE - CEP: 51.040-040

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0002/2019



DECLARAÇÃO

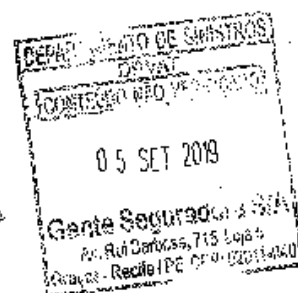
Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **MARIA DE FATIMA OLIVEIRA** nascido em 13/08/1978 esteve nesta unidade hospitalar no dia 16/06/2019 por volta das 19h12min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 11 de JULHO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

Jose Ademir Pereira
2159043
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



Terça-Feira, 14 de Maio de 2008
 Companhia Energética de Pernambuco
 Avenida de Santos, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50050-920
 CEP 51.035-032/031-036 | Fone: 51.035-89 | www.celpe.com.br

DADO DO TURNO
MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA

ENDPAGE UNPUBLISHED
SILAS DANIAS 240

OFF: 0120 170 384-08 NIG 16453593530

LAGOA DANTAS/TAQUARITINGA DUNORTE
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICATION
BI RESIDENCIAL
BADO RENDAGGEMIS

DOMICILIO CORRIENTE 701300131	12/05/2019
DATA DEL MOVIMIENTO 27/05/2019	TIPO DE MOVIMIENTO PROGRAMADO 1

TELEFONIA FISCAL	COOR	CHIEF
061811E03	UNICA	40000105
APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
74062013	74062013	5848351

TOTAL A PRIORI (R) 8.7

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Atividade 20 Habi	30,000000	3,15296228	6,77
Acréscimo Bandeira AMAPALA			0,00
Contrib. Imp. Pública Municipal			0,00
Contribuição CERCA - (0011) 3854-1036			2,00
Compensação COTA DOP			-0,00

TOTAL DA FATURA

\$4.79

[illegible]

Year	Age	Gender	Marital Status	Religion	Education	Occupation	Income	Assets	Liabilities	Net Worth
1980	20	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1981	21	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1982	22	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1983	23	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1984	24	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1985	25	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1986	26	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1987	27	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1988	28	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1989	29	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1990	30	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1991	31	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1992	32	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1993	33	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1994	34	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1995	35	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1996	36	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1997	37	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1998	38	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
1999	39	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2000	40	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2001	41	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2002	42	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2003	43	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2004	44	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2005	45	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2006	46	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2007	47	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2008	48	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2009	49	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2010	50	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2011	51	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2012	52	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2013	53	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2014	54	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2015	55	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2016	56	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2017	57	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2018	58	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2019	59	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0
2020	60	Male	Single	Protestant	High School	Unemployed	\$0	\$0	\$0	\$0

[illegible]

ATENÇÃO: A CEL. DE INFORM. QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABRIC

Vehicle	Disruption	Stop	Vehicle	Disruption	Stop
22347 P	140446	401			

[illegible][illegible]

	WORLD AGRICULTURE	EUROPE AGRICULTURE	ASIA AGRICULTURE	U.S. AGRICULTURE
1970	100	100	100	100
1975	100	100	100	100
1980	100	100	100	100
1985	100	100	100	100
1990	100	100	100	100
1995	100	100	100	100
2000	100	100	100	100
2005	100	100	100	100
2010	100	100	100	100
2015	100	100	100	100
2020	100	100	100	100
2025	100	100	100	100
2030	100	100	100	100
2035	100	100	100	100
2040	100	100	100	100
2045	100	100	100	100
2050	100	100	100	100

... ..

TOM LEO | Managing Director
MOLLY DUFFIN | Director

220	312
-----	-----

Region	Population	Area	Population Density
North America	300,000,000	10,000,000	30
Europe	700,000,000	10,000,000	70
Asia	3,500,000,000	40,000,000	87.5
Africa	1,000,000,000	30,000,000	33.3
South America	400,000,000	17,000,000	23.5
Oceania	40,000,000	10,000,000	4

111

276

7/2020 10:27:45

7/2020 10:27:49
Z45C47000000064

74564700000064

05 SET 2019



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/biblioteca/web/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. PERNANDES 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 DPVAT¹ 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

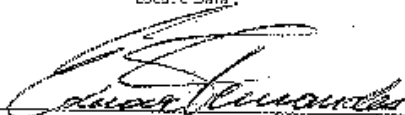
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência Junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

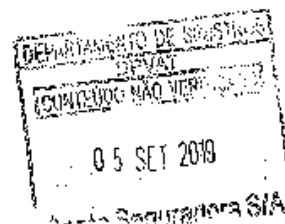
Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CPF
CENTRO	SURUBIM	PE	55350-000
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	(81) 9665-0454		(81) 8133-5022

SURUBIM de 29 de AGOSTO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

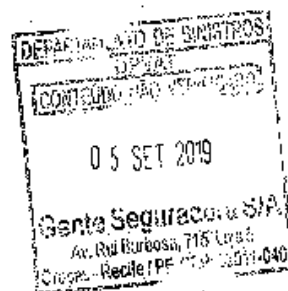
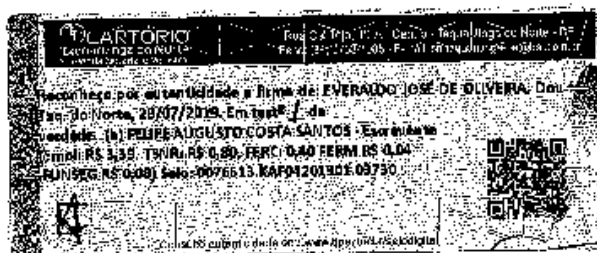
RG nº 6916002, data de expedição 10/12/01,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 060 128 524 79, com
domicílio na cidade de TAQUARITINGA DO NORTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO LAGOA DANTAS, ZONA RURAL, nº 340,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA DE FATIMA 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 29/10/19



Everaldo José de Oliveira
Assinatura do Declarante

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





FICHA DE ATENDIMENTO

UPA
24h

RECEPCIONISTA: Amanda Data: 16/06/2019 Hora: 18:12 min
Nome: Marcelo de Fátima Oliveira Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 44 Nascimento: 1/1/1975 Nº SUS: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: (81) 9133 1737
Endereço: Rua São Roque, D. Anta Nº: _____ Bairro: _____
Cidade: Taguatinga Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: CRISTINA NUNO
CRISTINA NUNO
CRISTINA NUNO

Atendimento de Triage: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min
PA: 120 x 70 T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2%: _____

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

Doenças preexistentes: nequ
Alergias: nequ
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: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO

Politraumatizado 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° a 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:
Melena (); Hematêmese (); enterorragia (); epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico ();

OBS: _____

DEPTO. DE SAÚDE
CONTROLE DE INFECÇÃO

05 SET 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Cidade: Taguatinga - DF



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 ().

ORS: 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 ().

ORS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: _____

ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

Deu
Lecyrene Karine Cavalcanti
Enfermeira Especialista
CRB 10.450/2017

MÉDICO: _____

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

Id. Trauma 2

Id. Colúmbia EX

Exame Físico: _____

Exatidão de PA 5mm (ausc)

Taximetria de PA 100mmHg + 100mmHg 3x30

Hipótese diagnóstica _____

2x48 -> MORFINA 10mg + 4mg AD

2x45

3mg EV

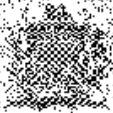
30x60

Conduta: _____

HOSPITAL R. A.

Nº 572 7/198

CARIMBO



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

Assinatura

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 Pequeninno em
17/06/2019. Registro Hospitalar: 340390.

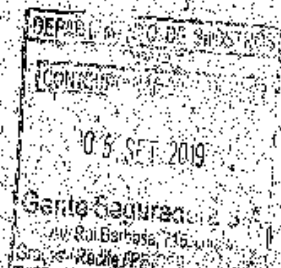
OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Atenciosamente;

Caruaru, 18 de Julho 2019

100.794.975/0259-27
SIZUAP - Hospital Regional do Agreste
Rua 232 - Km 130 - S/N - Bairro Indianópolis - Caruaru - PE
CEP: 55.024-000

setor de Arquivo (same)



Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232 - Km. 130 - S/N - Bairro Indianópolis - Caruaru - PE - CEP
55.024-000

CNPJ: 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719 9400 (SAME)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA



Formulário de Anamnese e Exame Físico

Nome: MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA
 Data Nasc: 01/07/1977 Sexo: FEMININO Cas: PAREADO
 Endereço: RUA LUIZ DE ALMEIDA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - RECIFE - PE
 Profissão: Professora
 Estado Civil: Casado
 Data de Admissão: 28/07/2020
 Nome do Médico: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Exame Físico

Sinais vitais: TA 120/80 mmHg FC 72 bpm FR 18 rpm T 36,5°C SPO2 98%
 Estado geral: Bom
 Cabeça: Normocefálica, sem alterações.
 Olhos: Abertos, sem alterações.
 Ouvidos: Sem alterações.
 Nariz: Sem alterações.
 Boca: Sem alterações.
 Pulmões: Sem alterações.
 Coração: Sem alterações.
 Abdome: Sem alterações.
 Membros superiores: Sem alterações.
 Membros inferiores: Sem alterações.
 Extremidades: Sem alterações.
 Pele: Sem alterações.
 Genitália: Sem alterações.
 Anos: Sem alterações.
 Reto: Sem alterações.
 Urinário: Sem alterações.
 Ginecológico: Sem alterações.
 Neurológico: Sem alterações.
 Psiquiátrico: Sem alterações.
 Social: Sem alterações.
 Histórico: Sem alterações.
 Diagnóstico: Sem alterações.
 Tratamento: Sem alterações.
 Prognóstico: Sem alterações.
 Evolução: Sem alterações.
 Conclusão: Sem alterações.
 Assinatura: Sem alterações.
 Data: Sem alterações.

Exame	Resultado	Observações
Exame Físico	Normal	
Exame de Laboratório		
Exame de Imagem		
Exame de Função		
Exame de Diagnóstico		
Exame de Tratamento		
Exame de Prognóstico		
Exame de Evolução		
Exame de Conclusão		
Exame de Assinatura		
Exame de Data		

[illegible]

Respostas finais da mediata, relação de dependência recíproca, bem como uma análise de continuidade e adequação do modelo final que descreve a relação entre as variáveis.



Realized

RES/35/12/3

2194 Benjamin

Year	China	European	United States
------	-------	----------	---------------

2. Interpretation: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	CHECK NO.	BANK	REMARKS
1955					
1956					
1957					
1958					
1959					
1960					
1961					
1962					
1963					
1964					
1965					
1966					
1967					
1968					
1969					
1970					
1971					
1972					
1973					
1974					
1975					
1976					
1977					
1978					
1979					
1980					
1981					
1982					
1983					
1984					
1985					
1986					
1987					
1988					
1989					
1990					
1991					
1992					
1993					
1994					
1995					
1996					
1997					
1998					
1999					
2000					
2001					
2002					
2003					
2004					
2005					
2006					
2007					
2008					
2009					
2010					
2011					
2012					
2013					
2014					
2015					
2016					
2017					
2018					
2019					
2020					
2021					
2022					
2023					
2024					
2025					
2026					
2027					
2028					
2029					
2030					
2031					
2032					
2033					
2034					
2035					
2036					
2037					
2038					
2039					
2040					
2041					
2042					
2043					
2044					
2045					
2046					
2047					
2048					
2049					
2050					

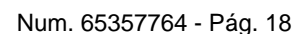
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Enriquez, E. A. & J. A. S. 1998. *Environ. Biol. Fish.* 51: 125-134.

ASPIRE

100



HOSPITAL REGIONAL DO ACRE

Endereço: Rua 15 de Novembro, 1500 - Fátima

HOSPITAL REGIONAL DO ACRE

Data de emissão: 28/07/2020 10:27:45

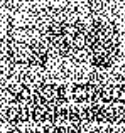
Nome Paciente	JOSE DE SAUL DA SILVA
Cad. Paciente	
Data de nascimento	
Sexo	Masculino
Idade	41
Camada	110011
Observação	
Atividade	
Nome	

Forma de Pagamento: 1/2020

CLINICA DE CIRURGIA DE ORELHA, NARIZ E GARGANTA - HOSPITAL REGIONAL DO ACRE

Procedimento	EXPLORAÇÃO DE ORELHA, NARIZ E GARGANTA
Local	QUADRA DE ORELHA, NARIZ E GARGANTA
Quadra Principal	QUADRA DE ORELHA, NARIZ E GARGANTA
Quadra Secundária	QUADRA DE ORELHA, NARIZ E GARGANTA
Observação	SEM OBSERVAÇÃO
Indicação médica	EXPLORAÇÃO DE ORELHA, NARIZ E GARGANTA
Indicação de enfermagem	EXPLORAÇÃO DE ORELHA, NARIZ E GARGANTA
Especialidade	OTORRINOLARINGOLOGIA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45
Data impressa: 28/07/2020 10:27:45
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45



HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAMARÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome

Elaine de Fátima Alves

Comprimidos

Paciente feminina, idosa, 67 anos, com queixa de
dor no peito, com frequência em tornada esquerda,
acompanhada de dor interna, edema e dispnéia
que vem sendo agravada.

Exame físico: pele mucosa, corado, edema
periférico, sem febre e sem fômites.

Paciente hemodinamicamente estável,
sem sinais de desidratação.

De uso de medicação de longa
ação.

Hospital Municipal de Santa Cruz do Camarão

Exatidão

Assinatura

CPF 570444

12/08/2019

Cidade

MÉDICO

Nome

RG

Recomendações

Data

VERIFICAÇÃO

06/07/2019

ASSINATURA



CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Maria de Fátima de Oliveira




ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JUVENIS-HUBRI

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 >>**

<< ANA INÁCIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE **TAQUARITINGA DO NORTE PE** DATA DE NASCIMENTO **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 7.178 DE 29/08/83

DEPARTAMENTO DE REGISTROS

DE VAL

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 6

Recife/PE CEP: 51011-000





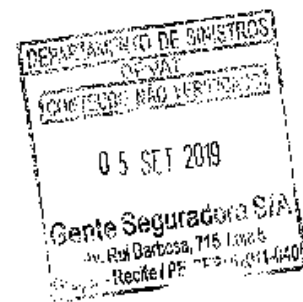
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

059.170.384-06

MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA

13/08/1978



E-MAIL AFSE@UCS-1994@CINCO.COM PHONE (31) 9665-0454

DOCUMENTOS BASICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

DOCUMENTOS BASICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPE DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARADO SE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- ☒ ROLETIM DE ATEUAMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL);
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CATEGORIA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIFICAÇÃO DE NASCIMENTO DO CIDADÃO DE CASAMENTO DO CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () GÊNERO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL, OU CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA JORNAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE DECORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPE DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORVIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, EM NOME DA VÍTIMA, (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA, SEM NULCOSA DOCUMENTOS QUE CONTENHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- 1) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO DO CARTEIRISTA OU CARTEIRA NACIONAL DE REGISTRO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
- 2) TÍTULO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
- 3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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 SEQUELO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DPMs) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONPROVADAS.
- 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, ACESSO WWW.DPMV12.SEGURADORTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Dr. J. S.

IDENTGRADE 3092-028-880105

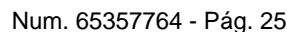
RESULTS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

14

ASSILIATE GRASS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Concedores do Seguro OUVAS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307909/19

Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

CPF: 059.170.384-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2019

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.opvasegura.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.

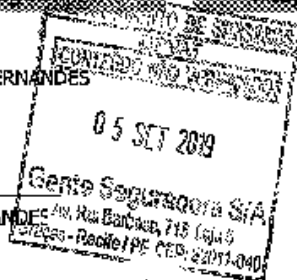
Portador da documentação entregue

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: 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
VÍTIMA: 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

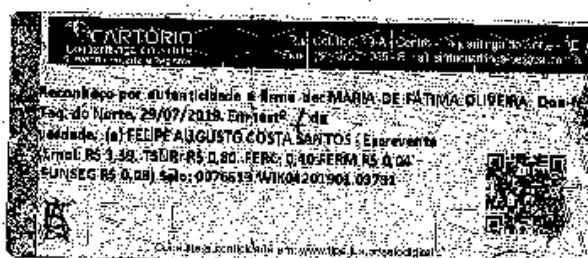
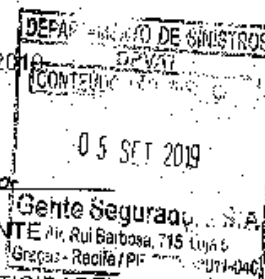
TAQUARITINGA DO NORTE - PE 29 DE JULHO 2019



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

