
Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221562

Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARILIA SELMA DOS SANTOS

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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221562

Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARILIA SELMA DOS SANTOS

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 joelho 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: **MARILIA SELMA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000007731**

Conta: **0000036766-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.610.324-31 4 - Nome completo da vítima: Maria Selma dos Santos

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 Selma dos Santos 6 - CPF: 067.610.324-31
7 - Profissão: Irmã 8 - Endereço: Rua Alto Belo Vista 9 - Número: 695 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Carlos 12 - Cidade: Pajuca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.590-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9914-0111

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 19 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para bancos atacadistas. Anote uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 731 CONTA: 36766 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) 1500
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pajuca 13 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 043ª CIRCUNSCRIÇÃO - PORTO DE GALINHAS - DP43ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0133001148**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/06/2020** às **14:53**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/2/2020** às **01:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 060, 1, PROXIMO A LOJA DE CERAMICA - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 0**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARILIA SELMA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

MARILIA SELMA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS Pai: OSIAS BRASILINO DOS SANTOS Data de Nascimento: 3/8/1987 Naturalidade: IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7061713/SDS/PE (RG) 06761032431 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: CAMAREIRO(A) Endereço Residencial: RUA BOA VISTA, 696, TRAVESSA BOA VISTA, RUROPOLIS - CEP: 0 - Bairro: AREA RURAL - CAMELA - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

CARRO MODELO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

PRESENTE NA DELEGACIA DE IPOJUCA A SENHORA MARÍLIA SELMA DOS SANTOS, INFORMA QUE NO DIA 22/02/2020 POR VOLTA DE 01:00 DA MADRUGADA, QUANDO VOLTAVA DE UM BLOCO EM

RUROPOLIS, A VÍTIMA SENTOU NUM CANTEIRO AS MARGENS DA PE 060 PARA DESCANSAR. LOGO APÓS TER SENTADO NO CANTEIRO, INFORMA A VÍTIMA QUE UM CARRO PEQUENO (NÃO SOUBE INFORMAR MODELO OU COR) TERIA LHE ATROPELADO E FUGIDO SEM PRESTAR NENHUM TIPO DE SOCORRO. INFORMA A VÍTIMA QUE HAVIAM TESTEMUNHAS NO LOCAL MAS QUE NINGUEM QUIS COMENTAR SOBRE O FATO. APÓS SER SOCORRIDA, A VÍTIMA FICOU INTERNADA POR 10 DIAS, ONDE FICOU CONSTATADO QUE ELA QUEBROU A TÍBIA E FRATUROU 5 COSTELAS. SEM MAIORES INFORMAÇÕES, EIS O REGISTRO

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

Márcia Selma dos Santos
MARCIA SELMA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LEONARDO SANTOS GARCIA** - Matrícula: **399518-6**
(Liberado em **09/06/2020 às 15:07**)

GERAR BOLETIM



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclua o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AIG: 3 - CPF da vítima: 067.610.324-31 4 - Nome completo da vítima: Mariana Selma dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 461/2012

5 - Nome completo: Mariana Selma dos Santos 6 - CPF: 067.610.324-31
7 - Profissão: ITCUSA 8 - Endereço: Rua Alto Belo Vista 9 - Número: 696 10 - Complemento:
11 - Bairro: Riocorpois 12 - Cidade: Poyuca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.590-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 3199-14011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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 CONTRA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Todos os bancos) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco [237] ☒ Itaú [343] Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil [001] ☐ Caixa Econômica Federal [104]
AGÊNCIA: 431 CONTA: 36766 5 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Poyuca 13 de Junho de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Mariana Selma dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILIA SELMA DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07731

CONTA: 000000036766-5

Autenticação:

92FCC8C7E1E11B3DBAC4D3A0CD4C4FBB7C1F4A9794FE4CC3AD706D20D7468535



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARILIA SELMA DOS SANTOS

CPF: 067 610 324-31

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALTO BELA VISTA 696

RURUPOLIS/IPOJUCA

IPOJUCA PE

55590-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
108758990	ÚNICA	19/05/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/05/2020	2011145701	1399257

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
------------	-------------	-------------

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7005641262	05/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
26/05/2020	17/06/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	124,41

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 551560

Data e Hora do Atendimento: 22/02/2020 18:40

Usuário do Atendimento: LAZARONI

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MARILIA SELMA DOS SANTOS

Prontuário: 125288

Nome da Mãe: ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS

Nome do Pai: OSIAS BRASILINO DOS SANTOS

Data do Nascimento: 03/08/1987

Idade: 32 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 7061713

SDS PE Data Emissão: 29/12/2017

CPF: 06761032431

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: IPOJUCA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: TRAVESSA BOA VISTA

696

CENTRO

Cidade: IPOJUCA

PE

CEP: 55590000

Fone: 93150939

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acomodação: SALA VERMELHA

Leito: LEITO 31-E

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 22/02/2020

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: HelicópteroDiagnóstico: Fratura de platô tibial direitoProcedimento: Torn. com o arquivado de diatoma de platô tibial DAlta em: 02 / 03 / 2020Hora: 12:00h

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

HOSP - Hospital Dom Helder Camara
CON-CONUS CONUS HOSP
13.02/20

10 MAR 2020

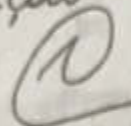
02:40 h

Cir. Geral

TC: Fratura de Costelas

Ausência de Hemo e pneumotórax
e de hemo e pneumoperitônio

Col. Observação



Dr. Xisto Luna
Urologia
CRM-PF. 16.938

8:00h # CGA

Paciente com dor em MID + dor em terço inferior
da abd. ref. urológica, febre

AF: 661, curvas, Exame de urina

Ass: Abdomen em FID sem intercorrências

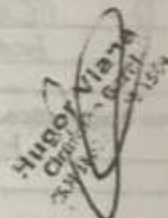
CA: Auscultação
Apresenta ~~baixa~~ LARV
Apresenta Auscultação

 18020

Ortopedia
18:00h

Exame do abd.
Tímido (11)

Inmido 7to cugi


Hugo Viana
CRM-PF. 16.938

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE
22 02 20	CERV. PERNA + JOELHO	05

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/02/2020 02:18

Nome Paciente: MARILIA SELMA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/08/1987
Sexo: Feminino
Idade: 32 anos
Senha: 0004
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/02/2020 02:19 - 22/02/2020 02:21

JACYANE DA SILVA MENDES - COREN: 9893 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: EMERGÊNCIA - VERMELHO
Cor: VERMELHO
Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO QUEIXA-SE DE FORTES DORES ABDOMINAIS.
PA: 130 X 80 MMHG
SATO2: 92 %
FC: 108 BPM
Observação: PRÉ DIABETICA (SIC)
NEGA HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: JACYANE DA SILVA MENDES - COREN: 9893 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/02/2020 02:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Marcelo Silva Guit Registro: 12528 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: _____

A dor no peito

História da Doença Atual: _____

Viêm. alopático
C/ trauma do peito

Interrogatório Sintomatológica: _____

207 edn
10/10/15

[illegible][illegible]

6111

Hipótese Diagnóstica Principal: Fractura de fíbula húmero

Piano Terapêutico: 

Cabo de Santo Agostinho, 27/02/2016 Assinatura e Carimbo

Homero Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13526

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Digitalizada com CamScanner

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____

MOLIA SOLANA STAYZ Registro: 125726

Clínica:

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora

7/2/02/2010

TAU

INTER

Spilota

the 2

Homero Rodríguez
Ortopedia - Traumatología
CRM 13526

(23/02/2020) #66

41-30

07/07/2020 #566
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PRÓPRIA
AÍRUA EM VIA PÚBLICA NA MARGEM DA
22/07/2020 FOR ATROPELADA POR CARRO DE PASSAGEIRO,
QUE PASSOU POR SOBRE O CORPO DO TÁXIS DO
DEBENTE PRESENTANDO FRATURAS DE COSTELAS E
A 10 A ESTRUTURA.

A 70 g de BARRA
M ESTATE EG Real Com, CRADA, HIDRATAÇÃO, AFEIRI
COEFICIENTE E ORIENTADA

ACV/ABJ ~ NDN

AR: MVA em qnt, sem RA, (+) PE POR A PALPAÇÃO
DE FRONTAL COSTAS ESQUERDA

FLATVE: $\oplus$ / EVACUAÇÃO NEGATIVA

RECUBO TAC DE TORAX BARDON (23/02/2020):

ALTAÇÃO: AFETUOSAS DE 6^o a 7^o ANOS COSTAIS E
DE FEMUR - PNEUMOTÓRAX À ESQ.

DE ANTERIOR, DORSAL Y ABDOMINAL

CD: ALTA DO CIRURGIA GERAL / ALTO CUBANO DA
ESTOPODIA N° 3) ZERO DIETA (CIRURGIA) / ORTODONTIA

4º J - Passa do caso para a VRAM, lembrando que
o over problema na RAM é por verificação anômala
de L. Será necessária a drenagem torácica e furar

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____

Nome: Marcia Schauer Soc Inf

Registro: 125286

Clínica:

Clínica: ortopedi

Enfermaria:

work

Zelto:

125086

Data/Hora	Atividade
24/02/2020	H/O. Fátima em Plano tetrat. (B)
7:50	Recebeu material de papel Ato super-
	Dr. Bruno Daltro Oncopata (transmitido) CRP: 11044
	Psicólogo-
28-02-2020	Fato visita ao Cerco. pet no momento de pousar
14:30h	(deixar)
	M ^{re} Cássia Guerra Psicóloga CRP: 11044

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Ynguilva Silva Dos Santos Registro: 125286

Clínica: _____ Enfermaria: Unidade Leito: _____

Data/Hora	Sumário
23/02/2020 14:00h	Visita a filha com a mãe e a filha que confirmam que a filha está bem do ponto de vista físico. Rastreio de amido pelo sistema de saúde destruindo pela ausência de DADA.
24/02/2020	#SERVIÇO SOCIAL# SERVIÇO REALIZADO COM A MÃE E A FILHA COM O SEGURO PLANO E ENTREGUE MATERIAL EXAMINADO REFERENTE SEGURO DADA.
	Ass. Social CRESS - 6300 - 4. B. 1. 1. 1.

SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 27/2/2020 10:48

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS		
	ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125090

401-2

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO:

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL (SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO CIRURGICO

EXAME FISICO

1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR +

CONDUTA:

AGUARDA TRATAMENTO CIRURGICO

Igor Abutrab
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27776



ALM, **HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 28/2/2020 09:15

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS			
	ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125090	

401-2

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO:

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL (SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO CIRURGICO

EXAME FISICO

1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR +

CONDUTA:

AGUARDA TRATAMENTO CIRURGICO SABADO

4
João Amândio
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27778



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 29/2/2020 09:35

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125090	

401-2

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO:

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL (SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO CIRURGICO

EXAME FISICO

1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

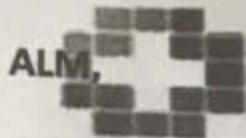
2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR +

CONDUTA:

AO BLOCO

Igor Abutrab
Ortopedia e Traumatologia
29/02/2020



**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 1/3/2020 10:57

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: MARILIA SELMA DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 401-2	REG: 125286	

401-2

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO:

HD: PRÉ-OP PLATO TIBIAL (SCHATKER V) + FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS

CD: PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. AGUARDANDO TTO CIRURGICO

EXAME FISICO

1) BOM ESTADO GERAL/ ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL / LUCIDA, ORIENTADA EM TEMPO E ESPAÇO / EUPNEICA

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR +

CONDUTA:

**PCT POS APERADA RECEBERÁ ALTA AMANHA
ATB POR 24 H**

Dr. Bruno Dalto
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 26193



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 2/3/2020 09:40

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: MARILIA SELMA DOS SANTOS				
REGISTRO: :125286	DN: 03/08/1987	IDADE: 32	DATA ADMISSÃO: 22/02/2020	DATA ALTA: 02/03/2020

**EVOLUÇÃO CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HD:FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

CD:OSTEOSSINTESE COM PLACA 4.5MM + PARAFUSO CANULADO

PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRURGICO. NO MOMENTO SEM QUEIXAS , FERIMENTO SEM SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA E SEM DEMAIS SINAIS INFECCIOSOS. NO MOMENTO EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

OBS: .

EXAME FISICO:

1)EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR EDGLEY

- **CONDUTA :**
- **ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**
- **ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMILIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
-

Igor Abulizy
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27775

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 45576	Sala : 0002	SALA 02	
Paciente : 125286	MARILIA SELMA DOS SANTOS	Atendimento : 551560	
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO	Carteira :	
Leito : 700	401 - 02 - LT TRAUMA	Idade : 32 Anos	
Dt. Início : 26/02/2020 09:33	Dt. Fim : 26/02/2020 10:00		
Id Pré-Operatório : S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA		
Id Pós-Operatório :			

Procedimentos

Procedimento: 0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO	14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
-----------	------------------------------------

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO DA SUBLUXAÇÃO
5. FIXAÇÃO TRANS-ARTICULAR EM JOELHO D COM FIXADOR TUBO A TUBO
6. CURATIVO
7. RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM : 14583

10 MAR 2020

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.061.713

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/12/2017

NOME

<< MARÍLIA SELMA DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO

<< OSIAS BRASILINO DOS SANTOS >>
<< ANA SELMA DE ARRUDA SANTOS >>

NATURALIDADE

IPOJUCA - PE

DATA DE NASCIMENTO

03/08/1987

DOC. ORIGEM

<< 07569701 55 1987 1 00010 152

0011361 99 IPOJUCA-PR >>

CPF

067.610.324-31

ASSINATURA DO DIRETOR

CEMENTE DO MTB

PAULO A. TENORIO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

FEI Nº 7116 DE 29/08/83

0011361 99 IPOJUCA-PR >>

03/08/1987

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-2



ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO

Maxílica Selma dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Vítima	<u>Marília Selma dos Santos</u>
Data do Acidente	<u>08/04/2020</u>
Portador da documentação	<u>CPF: 630.324-33</u>
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
Endereço do portador:	
Número	Complemento:
Cidade:	UF:
E-mail:	CEP:
	Telefone: <u>(81) 93140111</u>

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:	
☒	Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒	Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)
☒	CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒	Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒	Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒	Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒	Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:	
☒	Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒	CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☒	Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pela ou tutor)	

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA	
Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:	
☒	Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒	Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)
☒	CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒	Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☒	Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
☒	Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recatatório médico (cópia simples e legível)
☒	Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:	
☒	Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒	CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☒	Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pela ou tutor)	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
Morte = R\$ 13.500,00	
VALORES DE INDENIZAÇÕES:	Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00
	Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)
• 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 ao lado, nesse formulário	
• Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h	

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA	
Data:	
Nome:	<u>Marília Selma dos Santos</u>
Assinatura:	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221562 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,2,4,8,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho	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: 3200221562 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,2,4,8,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171586/20

Vítima: MARILIA SELMA DOS SANTOS

CPF: 067.610.324-31

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/02/2020

Titular do CPF: MARILIA SELMA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARILIA SELMA DOS SANTOS : 067.610.324-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/06/2020
Nome: MARILIA SELMA DOS SANTOS
CPF: 067.610.324-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

MARILIA SELMA DOS SANTOS

RAIANNE SILVA BARBOSA