
Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINEZ FLORA DE 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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
163.183.874-12 MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA

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 LÍVIA OLIVEIRA LIMA 6 - CPF: 163.183.874-12
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA JULIA JOSE DE LIMA 9 - Número: 138 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCAI 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - e-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9665-0454

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

17 - Nome completo do representante legal: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
18 - CPF do Representante Legal: 764.982.124-20 19 - Profissão do Representante Legal: REC. INF.

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SFM (LINDA) ☐ 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 POUANÇA (Somente 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: 0835 4 CONTA: 21528 3

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 não é impossível, todo e qualquer laudo do Instituto Médico Legal (IML) para efeitos de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente ou a vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Peço, por meio desta, a solicitação do andamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, 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 de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casada (no Civil) ☐ Divorçada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 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 LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àsqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 04/07/2019

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
163.183.874-12 MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA

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 LÍVIA OLIVEIRA LIMA 6 - CPF: 163.183.874-12
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA JULIA JOSE DE LIMA 9 - Número: 138 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCAI 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - e-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9665-0454

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

17 - Nome completo do representante legal: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
18 - CPF do Representante Legal: 764.982.124-20 19 - Profissão do Representante Legal: REC. INF.

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SFM (LINDA) ☐ 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 POUANÇA (Somente 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: 0835 4 CONTA: 21528 3

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/combustão 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 não é impossível, todo e qualquer laudo do Instituto Médico Legal (IML) para efeitos de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente ou a vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço, por meio desta, a solicitação do andamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, 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 de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casada (no Civil) ☐ Divorçada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 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 LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 04/07/2019

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

534106

0234474/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ -
DP133ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000269Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/05/2019** às **21:04****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **17/2/2019** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **PX A FAZENDA DE JOÃO DAVID - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, 1, ESTRADA DO SÍTIO BAIXIO - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONEHCIDO (AUTOR/AGENTE)
MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA (NOTICIANTE)
LUCIENE MARIA DE SOUZA (OUTRO)
M.L.O.D.L. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **M. L. O. D. L.** (Idade)

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

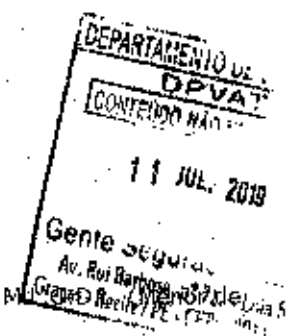
M.L.O.D.L. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA Pat: LEONARDO SILVA DE LIMA Data de Nascimento: 22/4/2002 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 11010412/SDS/PE (RG), 16318387412 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: FLORA MARIA DE OLIVEIRA Pat: PATRICIO AMARO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 28/10/1966 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2458354/SDS/PE (RG), 76498212420 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Endereço Residencial: RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONEHCIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: . Pai: . Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LUCIENE MARIA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: . Pai: . Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIENE MARIA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/RIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEH0883** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CARIBARIBE) Renavam: **300306447** Chassi: **9C2JC4820BR018736**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

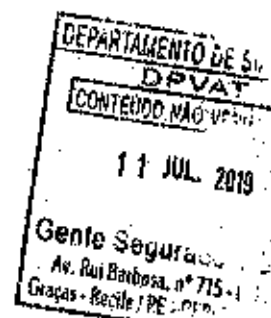
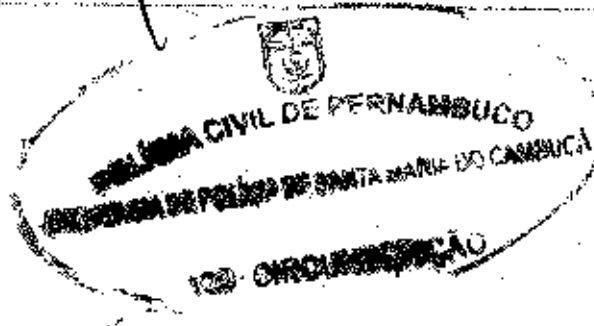
INFORMA A NOTICIANTE QUE SUA FILHA MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA NO DIA 17/02/2019, POR VOLTA DAS 14:30 HORAS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PEH 0883, PELA ESTRADA DO SÍTIO BAIXO, TRAFEGANDO NO SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE AO REFERIDO SÍTIO, E AO TRAFEGAR NAS PROXIMIDADES DA FAZENDA DO DR. JOÃO DAVID, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, SOFRENDO LESÕES GRAVE EM SEU COTOVELO ESQUERDO. LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NA POLICLINICA DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NO HOSPITAL DE EMERGENCIA DE TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.

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

marinez flora de oliveira

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MAXAEL OLIVEIRA DOS SANTOS** - Matrícula: **3648442**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
163.183.874-12 MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA 163.183.874-12
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
RECINE RUA JULIA JOSE DE LIMA 138 CASA
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
CENTRO SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 55765-000
15 - e-mail: 16 - Tel (DDD):
(81) 9665-0454

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

17 - Nome completo do representante legal: 18 - CPF do representante legal: 19 - Profissão do representante legal:
MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA 764.982.124-20 RECINE

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SFM (LINDA) ☐ 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 POUPEANCA (Somente 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: 0835 4 CONTA: 21528 3

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT por invalidez permanente ou a vez que (assinalar uma das opções).

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

Declaro, sob as penas da lei, que não é possível, todo e qualquer laudo do Instituto Médico Legal (IML) para efeitos de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente ou a vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço ao meu assinante, subscritor o prosseguimento do uso do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, suscitando, 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 de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casada (no Civil) ☐ Divorçada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 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 LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 04/07/2019

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo


FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

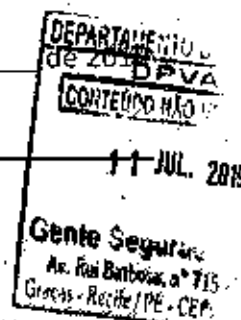
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente MARIA LUIZA OLIVEIRA DE LIMA
vítima de acidente de carro, portador(a) do
CPF: 163.183.874-12 RG: _____
residente: RUA JÚLIO JOSÉ DE LIMA Nº 188
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 17/02/19, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 05 de JUNHO

Henrique Soares do Nascimento
Diretor de Recursos Humanos
CPF: 649.605.337-86


HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO
DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS



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: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

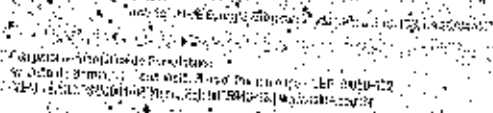
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022683-1

Nr. Autenticação

BRADESCO270920190500000000002370083500000002268384375 PAGO



SECRET
PAGE 01 OF 01

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 114–121

CEMIRONGA TAMARADO CAMBIO
SANTA MARIA DO CAMBIO
55755 000

DATA CONTROLS: NC=NO

DATE: 11/2/70 PAGE: 10

4831PU1733B - 5J12019
OTACE MATEMATIKY

04/02/2019 15:02:29

47.35

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
10/01/00	OPENING BALANCE	100.00	100.00
10/05/00	PAYROLL	25.00	75.00
10/10/00	RENT	15.00	60.00
10/15/00	UTILITIES	10.00	50.00
10/20/00	SALES	30.00	80.00
10/25/00	PAYROLL	25.00	55.00
10/30/00	RENT	15.00	40.00
10/31/00	CLOSING BALANCE		40.00

47.25

Nº DO ABROR	TENDON TUMOR	DATA DATA	LATURA LURA	DADA DADA	UNTONA UNTONA	MUE MUE	FOMBRADRE FOMBRADRE	AUXARIE AUXARIE	CENBRODO (KIN) CENBRODO (KIN)
000000	C-	20/06/98	4.00/00	75-01.22.3	5.00/00	91	1/0000		110.35

Source: <http://www.irs.gov/efile/efiletrans.htm>

[illegible][illegible]

CGT-01000000000000000000
CGT-01000000000000000000
CGT-01000000000000000000

14779860
C-10000000
-10000000

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

2254.3851 DCTC SCFT, 6 FT 20th - F24 3/8-2

1. INFORMATION FOR ANSWER 7

[illegible]

050403

CONFIDENTIAL

11 JUL 2019

Gente Oguz
Ar. R. R.

Av. Rui Barbosa, nº 713 - Lapa
Gracas - Recife - PE - CEP: 52014-000

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574940534 08
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA LUIZA OLIVEIRA LIMA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 163123874 12 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima
MARIA LUIZA OLIVEIRA LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 163123874 12 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

11 JUL. 2019

☒ 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 <u>RUA CIDAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750000</u>
E-mail <u>ajseguradoralider@yandex.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81335022</u>

SURUBIM-PE de 04 de JULHO de 2019

Local e Data

Eduardo José de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

SANTA MARIA DO CAMBUCA (PE), 01 de AGOSTO 2019.

0245783/19

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190438020

Prezado Senhor,

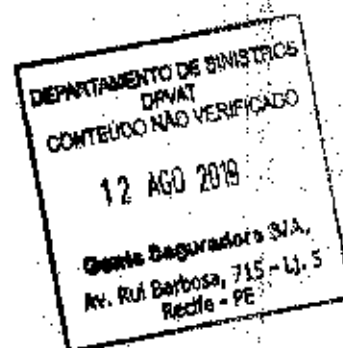
Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 17/02/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA BIZ 125 ES de placa PEI 0883, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Foi apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Maria Livia Oliveira Lima
MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA
VITIMA/BENEFICIARIO

Marinez Flora de Oliveira
MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
GENITORA/REPRESENTANTE LEGAL





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data:	17/02/2018	Hora:	14:47	Registro:			
Nome:	Maria Lúcia Oliveira da Silva				Referência:		
Endereço:	Sítio Manoel Ferreira						
Bairro:	Zona Rural		Cidade:	St. M. Cambucá			
Idade:	16 anos	Sexo:	F	Cor:	PO	Profissão:	
Responsável:							
Endereço do Responsável:						Fone:	
VEÍCULO: Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Moto <input checked="" type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>							
MODO: Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Capotagem <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>							
POR: Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>							
MODO: Asealto/Briga <input type="checkbox"/> Ação Policial <input type="checkbox"/> Agressão Sexual <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>							
ORIGEM: Construção Civil <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>							
POR: Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Enforcado <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Queda de Nível <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>							
Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/> Queda Acidental <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>							
LOCAL DE OCORRÊNCIA: Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>							
Queixas: quedas de moto e lesões de costelas e AD Mado E							
Exame Físico: PA: FC: Pulso: Temperatura: HGT: 1.1 JUL 2018 Gente Severina Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lm. Cidade: Santa Maria do Cambucá							
Hipótese Diagnóstica: LWACA? fratura fechada?							
Procedimentos: HTA ONTENSIVO						Cód.: 1001/10 1002/10 1003/10	

HA 2G: Ethical considerations

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESIGNIO DO PACIENTE: _____

DEBIDOS REALIZADOS:

CONCEPT SIGNIFICANCE

1. Centro cirurgico (Data hospitalar) / 15. Resposta
 2. Internista (curador) N. 1
 3. Solicitante da solicitação 1. Data

As a result, the need for a new, more effective and efficient


DPVA

71 JUL 2019

Gente Digital
Av. Rui Barbosa, n.º 715 - Loja 5
Coaças - Recife / PE - CEP: 52111-100

11 JUL 2019

Data da internação: 17/02/2019 Hora: 19:47:06

 Sistema Nacional de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
5 - NOME DO PACIENTE MARIA IVIA OLIVEIRA DE LIMA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1835619	
7 - CARTÃO DO SUS 898002789646858	8 - DATA DE NASCIMENTO 22/04/2002	9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARYNEZ FLORA DE OLIVEIRA		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 981757274	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) POUSADA SAMAMBAIA, 15, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Santa Cecilia	14 - CEP 251315	15 - UF PB	16 - CEP 58463000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doença degenerativa com colapso de peso após queda da pessoa idosa.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Arterial + Diabetes + PA</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Em anexo</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>PA/LX colapso D</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação Hospitalar</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 980016296677001	
26 - CLÍNICA 02	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 980016296677001	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE LUIZ JUVENCIO MEDEIROS		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/02/2019	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>[Assinatura]</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 33 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	35 - CNPJ DA SEGURADORA 36 - CNPJ EMPRESA 37 - Nº do Documento 38 - Série 39 - Nome 40 - Endereço 41 - CEP		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> APPRENSADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR [Assinatura]		44 - COB. ORGÃO EMISSOR [Assinatura]	
45 - DOCUMENTO [Assinatura]	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR [Assinatura]	47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR [Assinatura]	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) [Assinatura]	



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

PACIENTE: MARIA LÍVIA O. DE LIMA

DATA DO EXAME: 17.02.2019

RADIOGRAFIA DE COTOVELO

- Sinais de luxação do cotovelo. Fragmento ósseo destacado da porção proximal do rádio.
- Aumento das partes moles locais por edema.
- Relações articulares conservadas.

12

Ramônio de Miranda Araújo
Dr. Ramônio de Miranda Araújo
Médico Radiologista - Membro Titular do C.B.R.
CRALPA 0220

DEPARTAMENTO
DPVA
CONTENDO NAC
11 JUL. 2019
Genie Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
- Fone: (51) 3211-1000 - CEP: 92011-000



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Nome: Lucas
Data: 11 JUL 2019
Com: 11 JUL 2019

Gente Sargento S.A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-040

Receituário

Colo cardosmiden

MOD. 001

[Signature]



Data: _____ Médico: _____

Nome do Paciente <i>Renato de Almeida</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>17/02/2019</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. João Paulo</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Lesão de Contusão</i> <i>Rodrigues Incruente</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Deo</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Deo</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligadura - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1. Incisão 4x3 cm</i>
<i>2. Dissecção profunda até a cápsula</i>
<i>3. Lesão de contusão e</i>
<i>4. Rodrigues Incruente</i>
<i>5. Fatores de risco para a</i>
<i>6. Proneira</i>
<i>7. VPPA</i>

11 JUL 2019

Senl.
Av. Rio Paraíba, nº 715 -
5º andar - CEP: 50.000-000

1866-04/0001
ORÇAMENTO E FINANÇAS
CONTABILIDADE

Orlando

PACIENTE: Chrisa Joisia Okorina de Souza

01	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
22.04.02	506.03	645	16a	1885564

CIRURGIA Redução e movimento de fratura de costela CIRURGIA de fratura de costela

ANESTHESIA	Dr. J. G. G. G.	ANESTHESIA	Dr. J. G. G. G.
------------	-----------------	------------	-----------------

INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM
1001	17/02/19	21:00	21:18

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Hospital de
Especialidade e Trauma Dom
Miguel Gonzales Fernandes

CIRCULANTE RESPONSABLE
REC. DE FASE 2
CORRECCION 247.002

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUCCHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOMÍLIO GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

LEITO

Nº PACIENTE

1836566

FOLHA DE ANESTESIA

NOME

M. Lima Lima Lima

IDADE

16

SEXO

F

COR

M

DATA 11/2/19

HISTÓRICO ANESTESIA

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TENSÃO SANGÜÍNEA

HISTÓRICO

HISTÓRICO

HISTÓRICO

HISTÓRICO

HISTÓRICO

HISTÓRICO

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

CENTRO

PESADO

AP. URINÁRIO

ESTADO GERAL

NÁUSEAS

VÔMITOS

ALERGIA

REACTIVADORES

HISTÓRICO PRE-OPERATÓRIO

Fritura, material colado

ANESTESIAS ANTERIORES

INDICAÇÃO PRÓ ANESTESIA

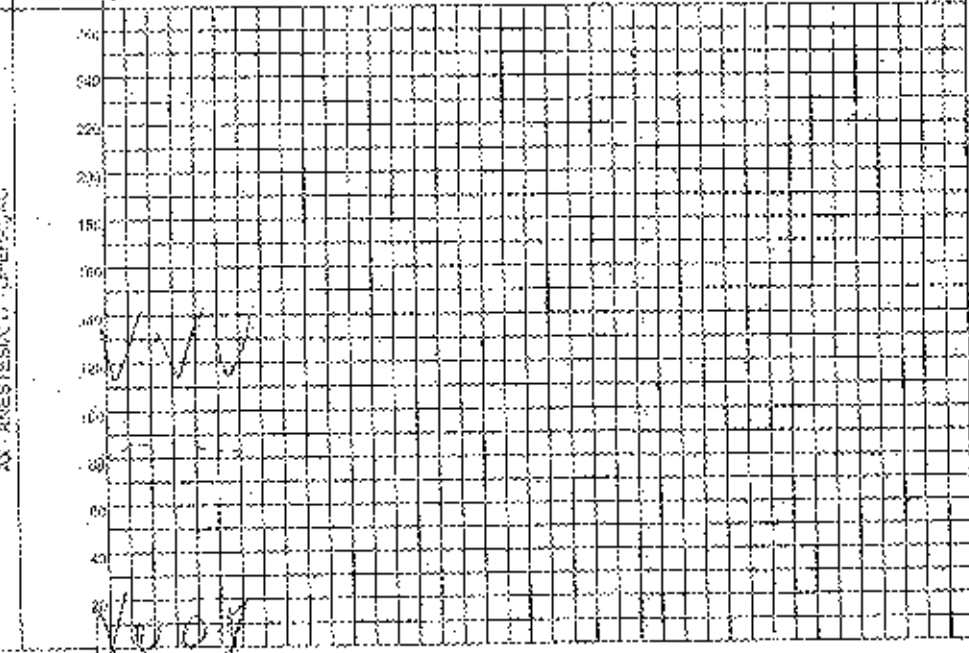
ARJUNDA

As

RESCIT

SÍMBOLOS
E
ANOTAÇÕES

16/10/19

500 - 30 ml
500 - 30 mlCÁRDIO
V. ARTERIAL O PULSO O - RESPIRAÇÃO
AN - ANESTESIA O - PREPARAÇÃO

INDICAÇÃO
Satisf. Excl. Tosse
Corrigo separar. Lenta
Náuseas Vômitos
Outros

MANUTENÇÃO
Fritura, material colado

ANESTESIA SATISF. Satisf. Não
Não, por quê?

DESPERTAR
Reflexos na SO: +
Gastr. + Excl.
Náuseas: Contínuas
Outros

11 JUL. 2019
Com convulso
Para: Gênto Segura
Av. Prof. Carlos R. 715 - Loja 5
Cidade: Recife - PE - CEP: 52071-100

SÍMBOLOS
E
ANOTAÇÕES

16/10/19
Fritura, material colado
500 - 30 ml
500 - 30 ml

Excluído 20
Clonazepam 2g
Anestesia local
reintrodução de

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

FOLHA DE ANESTESIA - 36%

GOVERNO
DE PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1835619

Paciente: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Idade: 016

Sexo: F

Nome da Mãe: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 22/04/2002

Admissão: 17/02/2019

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Enfermaria: URPA

Leito: 2

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO;

TRIADÉ TERRIVEL?

Dia: 17/02/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Euler Fabricio Alves Cruz

Item	Prescrição	Apresentação
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	18h - 6h
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
3	CENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1RA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18h - 6h
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	DIETA LIVRE	
8	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/02/2019 HORA: 19:53:26

PACIENTE DÁ ENTRADA COM QUEIXA DE DOR EM COTOVELO DIREITO. AO EXAME: DOR A PALPAÇÃO. PRESENÇA DE DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

FOI TENTADO REDUÇÃO EM SALA DE GESSO, PORÉM, A LUXAÇÃO É INSTÁVEL. ENCAMINHADA PARA BLOCO CIRÚRGICO.

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

De Euler Fabricio A. Cruz
Médico - Pediatra
CRM-PB 381.919

CORP

11 JUL 2019

Gente Seguros

Av. Rui Barbosa, nº 713 - Lapa
Cruzeiro - Recife/PE - CEP: 52011-1

17.02.19 20:00

A AIA está no prontuário

Flávia Barbosa Santos
ENFERMEIRA
COREN-PB 381.919

A paciente chegou a observação Pediatria às 20:00h



Nome: <u>Alcides Lúcio Oliveira do Amaral</u>	
End: <u>R. S. F. Souza</u>	Bairro: <u>Santa Cecilia</u>
Data de Nascimento: <u>22.05.2002</u>	Documento de Identificação: <u>Granta Cecilia P.</u>
Queixa: <u>Arterial</u>	Data do Atend: <u>17.02.19</u> Hora: <u>18:31</u> Documento: <u></u>
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gement
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Brana Maura de Silva
F. 2008/RA

Assinatura e carimbo do profissional

11 JUL 2019

Genio 000000
Av. Rui Barbosa, nº 72
Gratificação: R\$ 1.100,00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 11.010.412 DATA DE EMISSÃO 19/03/2019

ASSUE << MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA >>

2020 << LEONARDO SILVA DE LIMA >>

<< MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA >>

NATURAÇÃO DE CARUARU - PE DATA DE VENCIMENTO 22/04/2002

BOE ORITEM * 4 CN 16.815 LA15 F.54V CART. 5

SANTA MARIA DO CAMBUCA-PE 29.05.2002 >>

183.183.874-12 PAROISIA DE CARVALHO

SELEÇÃO DE PESSOAS CIVIL

ASSINATURA DO DIRETOR

19/03/2019 DE 2908/80

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08R-47

DATA DE EMISSÃO 19/03/2019

ASSUE

MARIA LÍVIA OLIVEIRA DE LIMA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DRVAT

11 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, n.º 715 - Loja 5

Gratias - Recife / PE - CEP: 52011-040

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
163.183.874-12 MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA 163.183.874-12
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
REC. INF. RUA JULIA JOSE DE LIMA 138 CASA
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
CENTRO SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 55765-000
15 - e-mail: 16 - Tel.(DDD):
(81) 9665-0454

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

17 - Nome completo do representante legal: 18 - CPF do representante legal: 19 - Profissão do representante legal:
MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA 764.982.124-20 REC. INF.

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SFM (LIMDA) ☐ 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311) Nome do BANCO: BRADESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 21528 3
(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/combustão do Seguro DPVAT por invalidez permanente ou a vez que (assinalar uma das opções).

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

Declaro, sob as penas da lei, que não é impossível, todo e qualquer laudo do Instituto Médico Legal (IML) para efeitos de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente ou a vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço ao meu assinante, subscritor o prosseguimento do uso do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, suscitando, 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 de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casada (no Civil) ☐ Divorçada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 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 LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 04/07/2019

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Resultado do Relatório de Movimento de Veículos

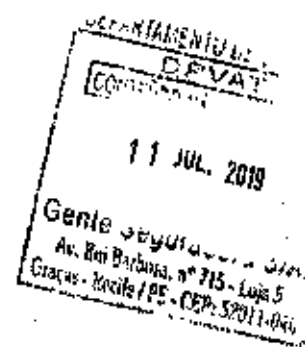


Data: 22/05/2019
Hora: 20:46:44

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
Delegacia de Polícia de Repressão ao Roubos e Furtos de Veículos
Informações do veículo da placa: PEH0883

[Gerar relatório em PDF](#)

Nome proprietário: LUCIENE MARIA DE SOUZA
CPF do proprietário:
UF: PE Tipo: MOTONETA
Espécie: PAS
Combustível: ALCO/GASOL Marca / Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Marca: HONDA
Cor: VERMELHA Ano Fabricação: 2011
Município: S C CAPIBARIBE
Logradouro: RUA CAPITAO PEDROSA
Número: 191 Bairro: SAO CRISTOVAO
Cep: 55194-100
Complemento:
Chassi: 9C2JC4820BR018736 Restrição:
Renovar: 306306441
Financiamento: R\$ 100,24
IPVA: R\$ 281,25
Seguro: R\$ 84,58
Combustível: R\$ 28,28
Conservação: R\$ 0,00
Taxes: R\$ 18,04
Kilômetro: R\$ 0,00
Quantidade Multas: 0
Quantidade de multas a vencer: 0
Multas a vencer: R\$ 0,00
IPVA a vender: R\$ 0,00
Total: R\$ 512,37
Situação fim: NORMAL



B.O.	Ano B.O.	Placa	UF. Placa	Chassi	Tipo Movimento	
8951	2016	PEH0883	PE	9C2JC4820BR018736	DEVOLUCAO	visualizar
8951	2016	PEH0883	PE	9C2JC4820BR018736	DECLARACAO	visualizar
8951	2016	PEH0883	PE	9C2JC4820BR018736	RECUPERACAO	visualizar

Nova Pesquisa

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA MARIA LUIZA OLIVEIRA Lima
 DATA DO ACIDENTE 17/02/13 CPF DA VITIMA 16318387412
 PORTADOR DO DOCUMENTO SEGURO DOSE DE A FERMANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL (CUJO PARAFRASEADO COM A VITIMA É _____)
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAO BATISTA
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CEBRELO
 CIDADE SUBAUM UF PE CEP 55180000
 E-MAIL seguropdvat@seguropdvat.com.br TELEFONE (51) 96550454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 04/15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 04/15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

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 SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 3204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

IDENTIDADE 30/02/2013

ASSINATURA [Assinatura]

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438020 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO INCRUENTA EM CENTRO CIRÚRGICO (P14).
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 LEVE DO COTOVELO 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 dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438020 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO INCRUENTA EM CENTRO CIRÚRGICO (P14).
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **3190438020** 3 - CPF da vítima: **163.183.874-12** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA**

-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 LÍVIA OLIVEIRA LIMA** 6 - CPF: **163.183.874-12**

7 - Endereço: **REC. INF.** 8 - Endereço: **RUA JULIA JOSE DE LIMA** 9 - Número: **118** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ PE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55765-000**

15 - E-mail: **(81) 9665-0454**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA**

18 - CPF do Representante Legal: **764.982.324-20** 19 - Profissão do Representante Legal: **REC. INF.**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: **BRADESCO**

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

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **22683** 1

(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, e sob compromisso de honra, que não apresentei ou não apresentarei ao IML (Instituto Médico Legal) ou a qualquer outro órgão de perícia, para fins de avaliação médica, o corpo da vítima, para fins de avaliação médica, desde que não haja necessidade de necropsia (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Este motivo assinado, solicita o prosseguimento da análise em meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que me submeto à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 da morte 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 (ver 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 cabível, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que sua quer omissão ou declaração não verdadeira pode gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ PE 19/09/2019**

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Recomendamos a impressão desse Comprovante.
Para tanto, utilize a opção de impressão de seu browser.



Bradesco

Comprovante de Transferência

Data: 19/09/2019

Hora: 08:15:00

Debitado da Conta-Corrente de EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERN

Agência e conta do débito: 835

Conta-Corrente: 13711-1

Agência e conta do crédito: 835

Conta-Corrente: 22683-1

Favorecido: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

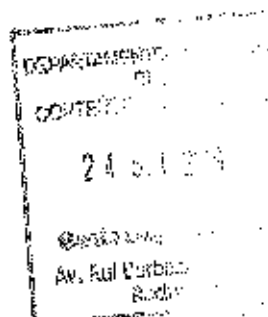
Valor: 2,00

Nº de Documento: 835271

Data do débito: 19/09/2019

AUTENTICAÇÃO

IMLjJjUhw KUENfnpL LAhTy8yQ *fSb8Gpi nAwBivkQ BhcbGs7s @ueXzwUé /6JeA2xw
x1Hb7a*D Q8rokRMe R5cksp*U 4vclScRj nVLZpfku PVUrQ7ud C29pOX5T tHWaem23
s@6h1QY9 WBoRkXB7 z9*5@kwU G1Q09VYb JUQQzd4E pxYJ*@7S 5R110533 80209995



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 2.458.354 SDS/PE CPF: 764.982.124-20
DATA DO ACIDENTE: 18/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA
ENDEREÇO: RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118, CENTRO, SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
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, CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE 18 DE MARÇO DE 2019

Marinez Flora de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por autenticidade a firma de MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA. Con. fé. Emol. R\$ 3,59; TSNR R\$ 0,80; NERM R\$ 0,04; FUNSEC R\$ 0,08; FERC R\$ 0,40; ISS R\$ 0,00. Total R\$ 4,91. Em testemunho, ADEILSON GONZAGA SOARES, Substituto.

Selo: 0159508.DJ04201904.00164 03/05/2019 10:36:07

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245783/19

Número do Sinistro: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

CPF: 163.183.874-12

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2019
Nome: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
CPF: 764.982.124-20

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2019
Nome: ALESSANDRO SOARES DA SILVA
CPF: 073.922.587-10

ALESSANDRO SOARES DA SILVA