

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de 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.

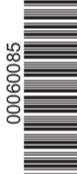
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14963478

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
<b>163.183.874-12</b> <b>MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA</b>			

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

> - Nome completo:		6 - CPF:
<b>MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA</b>		<b>163.183.874-12</b>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
<b>REC. INF.</b>	<b>RUA JULIA JOSE DE LIMA</b>	<b>118</b>
10 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
<b>CENTRO</b>	<b>SANTA MARIA DO CAMBUCAI</b>	<b>PE</b>
14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):
<b>55765-000</b>		
<b>(83) 9665-0454</b>		

## 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:
<b>MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA</b>	<b>764.982.124-20</b>	<b>REC. INF.</b>

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7,501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos acima. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (314)	Nome do BANCO: <b>BRADESCO</b>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <b>0835</b> CONTA: <b>21628</b>
(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/cumprimento 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 é de meu interesse que o resultado do laudo do Instituto Médico Legal (IML) seja esclarecido quanto ao Seguro DPVAT por invalidez permanente, ou seja que fique nula uma das opções:

- Não há IML que atende 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 motivo assinalado, subirm o prosseguimento do andamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constatando, 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 e, assim, conforme Lei 6.194/74, art. 29, §1º declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso de acordo do seu conteúdo.

*11/04/2019*  
**Gente**  
*Av. Rui Barbosa, nº 715, Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-140*

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de falecimento da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------------

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

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar se vive: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou herdeiros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar se vive: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso necessário, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles herdeiros/irmãos que se apresentarem e provarem esta condição, estando viva, ainda, de que eventual contestação 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (X) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
			Assinatura da testemunha		
			Assinatura da testemunha		

40 - Local e data: **SANTA MARIA DO CAMBUCAI/PE 04/07/2019**

*x Morenês Flora de Oliveira*

*x Maria Livia Oliveira Lima*

*x Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)*

*x Assinatura da representante legal (se houver)*

*x Assinatura do Procurador (se houver)*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
<b>163.183.874-12</b> <b>MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA</b>			

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

> - Nome completo:		6 - CPF:
<b>MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA</b>		<b>163.183.874-12</b>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
<b>REC. INF.</b>	<b>RUA JULIA JOSE DE LIMA</b>	<b>118</b>
10 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
<b>CENTRO</b>	<b>SANTA MARIA DO CAMBUCAI</b>	<b>PE</b>
14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):
<b>55765-000</b>		
<b>(83) 9665-0454</b>		

## 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:
<b>MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA</b>	<b>764.982.124-20</b>	<b>REC. INF.</b>

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7,501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos acima. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (314)	Nome do BANCO: <b>BRADESCO</b>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <b>0835</b> CONTA: <b>21628</b>
(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/cumprimento 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 é de meu interesse que o resultado do laudo do Instituto Médico Legal (IML) seja esclarecido quanto ao Seguro DPVAT por invalidez permanente, ou seja que fique nula uma das opções:

- Não há IML que atende 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 motivo assinalado, subirm o prosseguimento do andamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constatando, 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 e, assim, conforme Lei 6.194/74, art. 29, §1º declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso de acordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de falecimento da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------------

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

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar se vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos <input type="checkbox"/> Nenhum(a) <input type="checkbox"/> Vivos	30 - Vítima deixou herdeiros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar se vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos <input type="checkbox"/> Nenhum(a) <input type="checkbox"/> Vivos	33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso necessário, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles herdeiros/irmãos que se apresentarem e provarem esta condição, estando viva, ainda, de que eventual contestação 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	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
----	--	-------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
---	-------------------------------------

37 - (X) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
--	--------------------------

40 - Local e data, <b>SANTA MARIA DO CAMBUCAI/PE 04/07/2019</b>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <b>MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA</b>
---	---

42 - Assinatura da 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 CAMBUCA -  
 DP133PCIRC DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000269

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/05/2019** às **21:04**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cidroso (Consumado)** que aconteceu no dia **17/2/2019** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **PX A FAZENDA DE JOÃO DAVID - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ESTRADA DO SITIO BAIXIO - Bairro CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
 MARINEZ FLORA DE OLIVIERA ( 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. (Menor de 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** Pai: **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: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**  
 Endereço Residencial: **RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARINEZ FLORA DE OLIVIERA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **FLORA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **PATRICIO AMARO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **28/10/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2458354/SDS/PE (RG), 76498212420 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO**  
 Endereço Residencial: **RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (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/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEH0883** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **300306641** Chassi: **9C2JC4820BR018736**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

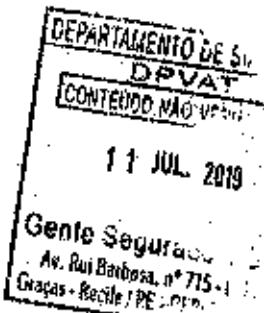
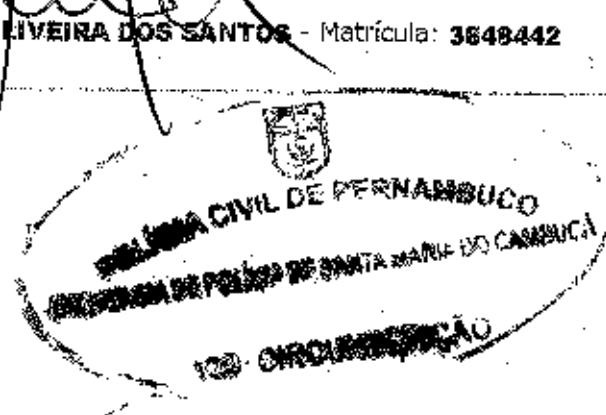
INFORMA A NOTICIANTE QUE SUA FILHA MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA NO DIA 17/02/2019, PÔR VOLTA DAS 14:30 HORAS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PEH 0883, PELA ESTRADA DO SITIO BAIXIO, TRAFEGANDO NO SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE AO REFERIDO SITIO, E AO TRAFEGAR NAS PROXIMIDADES DA FAZENDA DO DR. JOÃO DAVID, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, SOFRENDO LESÕES GRAVE EM SEU COLOVELO ESQUERDO. LOGO APÓS O ACIDENTE A VITIMA DEU ENTRADA NA POLICLÍNICA DESTA CIDADE, E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA 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 o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
<b>163.183.874-12</b> <b>MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA</b>			

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

> - Nome completo:		6 - CPF:
<b>MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA</b>		<b>163.183.874-12</b>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
<b>REC. INF.</b>	<b>RUA JULIA JOSE DE LIMA</b>	<b>118</b>
10 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
<b>CENTRO</b>	<b>SANTA MARIA DO CAMBUCAI</b>	<b>PE</b>
14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):
<b>55765-000</b>		
<b>(83) 9665-0454</b>		

## 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:
<b>MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA</b>	<b>764.982.124-20</b>	<b>REC. INF.</b>

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7,501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos acima. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (314)	Nome do BANCO: <b>BRADESCO</b>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <b>0835</b> CONTA: <b>21628</b>
(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/cumprimento 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 é de meu interesse que o resultado do laudo do Instituto Médico Legal (IML) seja esclarecido quanto ao Seguro DPVAT por invalidez permanente, ou seja que fique nula uma das opções:

- Não há IML que atende 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 motivo assinalado, subirm o prosseguimento do andamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constatando, 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 e, assim, conforme Lei 6.194/74, art. 29, §1º declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso de acordo do seu conteúdo.

*11/04/2019*  
**Gente**  
 Av. Rui Barbosa, nº 715, apto. 501, bairro Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-140

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de falecimento da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------------

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

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar se vive: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou herdeiros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar se vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso necessário, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles herdeiros/irmãos que se apresentarem e provarem esta condição, estando viva, ainda, de que eventual contestação 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	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
----	--	-------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
---	-------------------------------------

37 - (X) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
--	--------------------------

40 - Local e data, <b>SANTA MARIA DO CAMBUCAI/PE 04/07/2019</b>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
---	---

<b>MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA</b>	42 - Assinatura da Representante Legal (se houver)
----------------------------------	--

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---



PREFEITURA DE

## SANTA MARIA DO CAMBUCA

Trabalhando com o povo

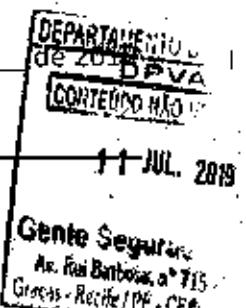
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCA

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente MARIA LIVIA 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.

Henrique Soares do Nascimento  
Santa Maria do Cambucá, 23 de JUNHO  
DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS  
CPF: 649.605.337-66

  
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

BRADESCO2709201905000000000237008350000002268384375 PAGO



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão Integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE ALEGRA MACHADO inscrito (a) no CPF 574.940.534-16, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário MARIA LUIZA OLIVEIRA LIMA inscrito (a) no CPF sob o N° 163.183.874-12, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima MARIA LUIZA OLIVEIRA LIMA inscrito (a) no CPF sob o N° 163.183.874-12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

11 JUL. 2019

Recuso informar

*Genito*  
Av. Rio Branco, 100  
Gratás, Pernambuco

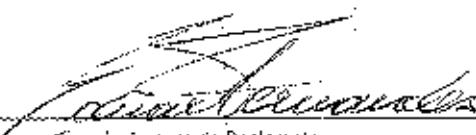
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA DIOGO BATISTA</u>		<u>370</u>	<u>CASAR</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>59750-000</u>
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>apequenos1000@yahoo.com.br</u>	<u>(81) 96650454</u>	<u>(81) 81335022</u>	

SURUBIM/PE, 04 de JUL. 2019

Local e Data

  
Assinatura do Declarante

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

0245783/19

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO N° 3190438020

Prezado Senhor,

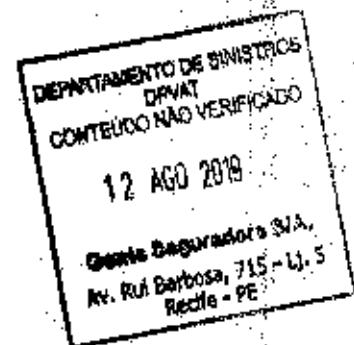
Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 17/02/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA BIZ 125 ES de placa PEU 0883, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com sequelas e não tenho responsabilidade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

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S<sup>a</sup>, 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 De Lima*  
MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA  
VITIMA/BENEFICIARIO

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





Data:	7/02/2013	Hora:	14:47	Registro:
Nome:	Maria Lira Oliveira da Fonseca			Referência:
Endereço:	Sítio Manoel Figueira			
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	St. M. Cambucá	
Idade:	16 anos	Sexo:	F	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"/>	Espâncamento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO:	Assalto/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						
Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/> Queda Acidental <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Quimadura <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>						

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:	Quais de uso de álcool de contato lg				
----------	--------------------------------------	--	--	--	--

Exame Físico:	PA:	FC:	Pulso:	Temperatura:	HGT:
Gente Segura Av. Rio Barbosa, n° 715 - Lm.					

Hipótese Diagnóstica:	EVACAO - fio kro fechado?				
-----------------------	---------------------------	--	--	--	--

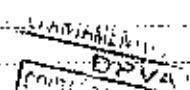
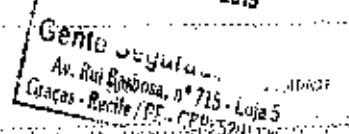
Procedimentos:	FIA - onto ficio				
----------------	------------------	--	--	--	--



10002010

ANEXO I - Ata de Exame Secundário

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO	
Ata de Exame Secundário	
Data: 11 JUL. 2019	
Assinatura: 	
DESTINO DO PACIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Internação hospitalar <input type="checkbox"/> Consulta médica <input type="checkbox"/> Consulta a outras unidades de saúde <input type="checkbox"/> Consulta a outras unidades de saúde ou respostas em grupo (não necessariamente)	
SERVIÇOS REALIZADOS: 	
Data: 11 JUL. 2019	

Impresso em 11/07/2019 às 10:55:56h

2/2

11 JUL. 2019

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

SUS

Sistema Ministrado  
Único de Sa-  
úde Saúda.LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1835619

7 - CARTÃO DO SUS

898002789646858

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/04/2002

9 - SEXO

M/F

Peso (Kg)

50

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

11 - TELEFONE DE CELULAR

83

981757274

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

POUSADA SAMAMBABA , 15 , ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO/UF

251315

PB

58463000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sur. e. desprendimento com catarro de dentes apesar  
apresenta dor, fadiga, letargia.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Desconforto, dor, fadiga, fadiga + Rx

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES HISTÓRICOS

Exm. Doloroso

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx/LX catarro d.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

DEPARTAMENTO

CONTADOR

Algunos elementos observados son: el desplazamiento de la gente  
- Donde se observa la gente se desplaza

Algunos elementos observados son: el desplazamiento de la gente

Algunos elementos observados son: el desplazamiento de la gente

Algunos elementos observados son: el desplazamiento de la gente

Algunos elementos observados son: el desplazamiento de la gente

Algunos elementos observados son: el desplazamiento de la gente

Algunos elementos observados son: el desplazamiento de la gente

Algunos elementos observados son: el desplazamiento de la gente  
- DEPARTAMENTO DE POLICIA  
DPVA  
CONTENIDO NINGUNO  
11 JUL. 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, n° 715 - Loja 5  
Caxias - Rio de Janeiro - CEP: 52411-040



SEGUE  
*o trabalho*

PACIENTE: MARIA LÍVIA O. DE LIMA

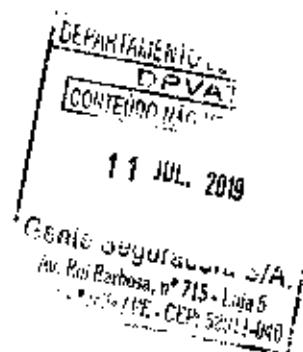
DATA DO EXAME: 17.02.2019

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

Ramona de Miranda Araújo  
Dr. Ramona de Miranda Araújo  
Médico Radiologista - Membro Titular do C.B.R.  
CRM-PB 2230



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Manus

Manu

DS

11 JUL. 2019

Gente  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife/PE - CEP: 52911-040

MOD. 001



R. Gonçalves  
+  
Ob. endovenosa

1/1  
Data

Médico



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

11/19/07 - 81301

if. Alexander H. Smith, Esq. of Boston, Mass.

11 JULY 2010

0. Concreto E

1790 dates back to 1750s. <sup>1750s</sup>

Left of Gulf of California and across the

*Brace*

11 APR 1974

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Clarice Andrade Oliveira de Souza

LEITE

CONVÉNIO

INAD

REGISTRO

22.04.02

506.03.605

16a

1803266

GOVERNO  
DA PARAÍBA  
Secretaria de Estado da Saúde

CIRURGIA Redução e encarceramento  
de evacuações de Cetimite

CIRURGIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

Seca Cetimite

Dr. José Pinto

Dr. José Góes

Hospital de  
Educação e Treinamento  
Luiz Gonzaga Fernandes

INSTRUMENTADOURA

DATA

NÚCIO

PM

21:00

21:48

CÓDIGO

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

01

Bolsa Convictoria

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Aacetaminofen

Catet. p/ Drog.

Catgut urinário Sérifx

Atropina amp.

Catet. Da Urina Sist. Fisi.

Catgut crônico Sérifx

Clorotetra xip.

Compreesa Grande

Catgut crônico Sérifx

Dimexid xip.

Compreesa Pequena

Catgut Simples

Metacolina amp.

Colarinho

Catgut Simples Sérifx

Clorotetra col

Drags

Catgut Simples Sérifx

Urgogam amf.

Esfer. Kerr n°

Cera p/ caso

81 Fentanil

Drop Papiroze n°

Ethibond

Locasol

Drop Pessoze n°

Ethibond

Keilar n°1

Enxugo de Macrotolas

Ethibond

Mercoline

Enxugo de Microtolas

Ethibond

Metacolina amp.

Equipo de Sangue

Fio de Algodão Sérifx

Pavonin amf.

Equipo de PVC

Fio de Algodão Sérifx

Prostaglandina amf.

Esparradrapo Lácteo

Fio de Algodão Bimaterial

Vitamina B12 1000

Fraçalit n°

Fio de Algodão Subdak

81 01

Gase Paquete c/ 10 Unidades

Fita cintilante

Prostaglandina amf.

H2O ml

Mononylon

Urticamibetal n°1

Intracath Adul

Proteine Sérifx

Tizocan amf.

Intracath Infantil

Proteine Sérifx

Qtd. MEDICAÇÕES

01

Lâmina de Bisturi n° 30

Proteine Sérifx

Aguia Destilada amf.

Lâmina de Bisturi n° 11

Proteine Sérifx

02 Diodorol amf.

Lâmina de Bisturi n° 10

Proteine Sérifx

Beptra amf

Luxas 7,0

Vicryl Sérifx

Flexidex amf

Luxas 7,5

Vicryl Sérifx

Flexicortam amf.

Luxas 8,0

Vicryl Sérifx

Glicose amf

Luxas 8,5

Vicryl Sérifx

Glicose glicop.

Oxigênio ml

Vitamina Sérifx

Glúton de Cátodo amf.

Potássio

Vitamina Sérifx

Hemostatik amf.

PVP Dogomarante ml

Vitamina Sérifx

Hipofaringe amf.

PVP Vários ml

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Saco estéril

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Seringa desc. 10 ml

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Seringa desc. 20 ml

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Seringa desc. 50 ml

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Seringa

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Seringa Jolley

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Seringa Nasogástrica

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Sonda Uretal n°

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Stomachpump

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Termômetro

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Vaseline ml

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Octocel 18

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

Lata

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

83

Vitamina Sérifx

Urticamibetal amf.

THE BOSTONIAN

8. 9. 1962

1935-1936

11 JUL. 2019  
Gente de Guarapari  
Av. Rui Barbosa, 675 - CEP: 29.140-000  
Fax: (031) 3211-1149

Ch. 10

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUEGG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

DATA

Nº PROTOCOLO

1835566

FOLHA DE  
ANESTESIA

NOME

Márcia Gómez Boni

IDADE

16

SEXO

F

COR

M

DATA	INHALAÇÃO ARTERIAL	POSSO	RESPARADA	DESPARADA	PESO	ALIMENTO
DATA-ANESTESIA	ESTRATÉGIA	HEMOCOAGULA	DESPARADA	DESPARADA	DATA	OUTROS
	DRUGA					

AP RESPIRATÓRIO					DATA	RESPONDEU
-----------------	--	--	--	--	------	-----------

AP CIRCULATÓRIO					DATA	RESPONDEU
-----------------	--	--	--	--	------	-----------

AP DIGESTIVO		DATA	PERÍODO		ATENÇÃO	
ESTRATO MÉDICO	COMPLEXO	DATA	PERÍODO	DATA	ATENÇÃO	ROTEIRIZADORES
MAGNITUDE PMS-OPERATÓRIO					DATA	RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

MELHORADO PRO ANESTESIA		DATA	PERÍODO			
-------------------------	--	------	---------	--	--	--

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES
AGENCIAS	DATA					INFORMAÇÕES

AGENCIAS
----------

10

10

Content

Data \_\_\_\_\_  
Prescrição Médica

July 2

EVALUACAO MEDICA

الله يحيى

10

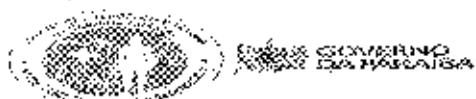
卷之三

卷之三

10

1

1000



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE:**

Nº de prontuário: 1835619 Paciente: MARIA LÍVIA 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 CIRÚRGICO Enfermaria: URPA Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO; TRIADE TERPIVEL?

DATA: 17/02/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Euler Fabrício Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. (FRASCO) 12h/12h	12h - 6h
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	PSD - 24h - 6h - 12h
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	12h - 6h
	Recongmir 2ML ABD.	
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h	12h - 6h
	Deixir em 190 ML SF	
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	FIOSITERAPIA 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 Fabrício Alves Cruz

Dr.

 Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
 10.848.190/0001-55  
 CRM-PB 381.919

CO

11 JUL 2019

Gente Segura

 Av. Rio Branco, nº 715 - Lote  
 Gravatá - Recife / PE - CEP: 52001-000

17-02-19 20:00

A ATI esta no pronto atendimento

 Fabrício Barbosa Santos  
 ENFERMEIRO  
 COREN-PB 381.919

A paciente chegou a emergência Pediátrica às 20:00 hs



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

*Assinatura do profissional*

### Ficha de Acolhimento

Nome: *Adriana Lúcia Oliveira de Souza*  
End: *Rua Francisco Silveira, 1130* Bairro: *Fazenda Flores*  
Data de Nascimento: *22.08.2002* Documento de Identificação: *Carteira de Cidadão PB*  
Quaixa: *Acidente* Data do Atend.: *14.08.19* Hora: *10:31* Documento:  
Acidente de trabalho?  Sim  Não

### Classificação de Risco

Nível de consciência:  Bom  Regular  Baixo Aspecto:  Calmo  Fáceis de dor  Slient

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas:  Normocorada  Pálida

Deambulação:  Livre  Cadeira de rodas  Maca

### Estratificação

Mod.

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

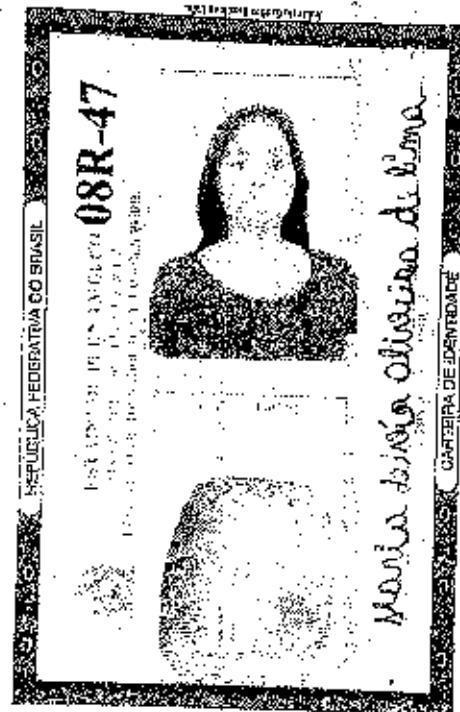
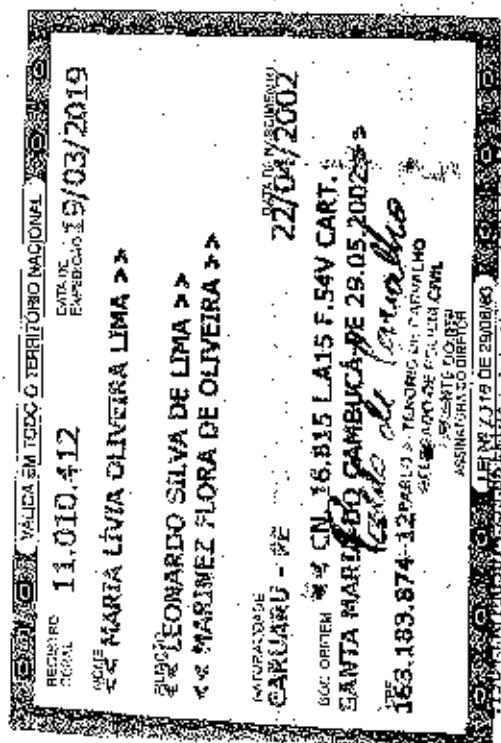
Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Bruna Moura da Silva  
E. de Medicina*

*HOSP-FB-22.08.19*  
**Assinatura e carimbo do profissional**

*11 JUL. 2019*

**Gente Boa**  
Av. Rio Branco, nº 711  
Cajazeiras/PB, 04500-000



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
<b>163.183.874-12</b> <b>MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA</b>			

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

> - Nome completo:		6 - CPF:
<b>MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA</b>		<b>163.183.874-12</b>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
<b>REC. INF.</b>	<b>RUA JULIA JOSE DE LIMA</b>	<b>118</b>
10 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
<b>CENTRO</b>	<b>SANTA MARIA DO CAMBUCAI</b>	<b>PE</b>
14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):
<b>55765-000</b>		
<b>(83) 9665-0454</b>		

## 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:
<b>MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA</b>	<b>764.982.124-20</b>	<b>REC. INF.</b>

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7,501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos acima. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (314)	Nome do BANCO: <b>BRADESCO</b>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <b>0835</b> CONTA: <b>21628</b>
(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/cumprimento 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 é de meu interesse que o resultado do laudo do Instituto Médico Legal (IML) seja esclarecido quanto ao Seguro DPVAT por invalidez permanente, ou seja que fique nula uma das opções:

- Não há IML que atende 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 motivo assinalado, subirm o prosseguimento do andamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constatando, 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 e, assim, conforme Lei 6.194/74, art. 29, §1º declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso de acordo do seu conteúdo.

*11/04/2019*  
**Gente**  
*Av. Rui Barbosa, nº 715, Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-140*

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de falecimento da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	---	---

28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar se vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar se vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--------------	---	---	-------------------------------	---	--------------	---	---	---------------------------------------	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso necessário, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles herdeiros/irmãos que se apresentarem e provarem esta condição, estando viva, ainda, de que eventual contestação 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (2º) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e data: **SANTA MARIA DO CAMBUCAI/PE 04/07/2019**

*x Morenês Flora de Oliveira*

*x Maria Oliveira Lima*

</

## Resultado do Relatório de Movimento de Veículos

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

**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL**

Delegacia de Polícia de Repressão ao Roubo e Furto de Veículos  
Informações do veículo de placa : PEH0083

 [Getar relatório em PDF](#)

Nome proprietário: LUCIENE MARTA DE SOUZA

CPF do proprietário:

BR: PE Tipo: MOTONETA

Espécie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL Placa / Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Marca: HONDA

Cor: VERMELHA Ano Fabricação: 2011

Município: S C CABIBAREIBE

Endereço: RUA CAPITAO PEDROSA

Número: 191 Bairro: SAO CRISTOVAO

Cep: 55194-100

Complemento:

Chassi: 9C2JC4820BR018736

Descrição:

Kezvaler 306306441

1 licenciamento: R\$ 100,24

IPVA: R\$ 281,25

Seguro: R\$ 84,58

Combustível: R\$ 28,26

Consumo: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 18,04

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

Quantidade de multas a pagar: 0

Multas a pagar: R\$ 0,00

IPVA a pagar: R\$ 0,00

Total: R\$ 512,37

Situação: NORMAL

B.O. Ano B.O. Placa UF. Placa

Chassi Tipo Movimento

8951 2016 PEH0083 PE

9C2JC4820BR018736

DEVOLUCAO

visualizar

8951 2016 PEH0083 PE

9C2JC4820BR018736

DECLARACAO

visualizar

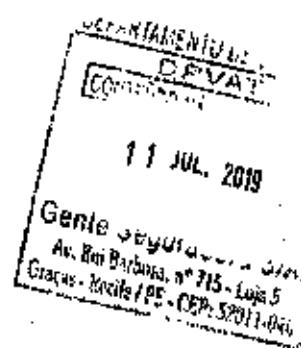
8951 2016 PEH0083 PE

9C2JC4820BR018736

RECUPERACAO

visualizar

[Nova Pesquisa](#)



VITIMA EDILSON LIMA OLIVEIRA LIMADATA DO ACIDENTE 22/01/13 CPF DA VITIMA 163.183.327-463PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDILSON JOSE DE ALENCAR QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO NOME EDILSON COM  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO NOME EDILSON COM  VITIMAENDERECO DO PORTADOR RUA JOAO BATTISTI N° 370 COMPLEMENTO COMPLEXO CIDADE SANTO ANDRE UF SP CEP 05715-020 Bairro Centro E-MAIL edilsonoliveira1981@gmail.com.br TELEFONE (11) 4655-0547

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 CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CÓPIA DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CÓPIA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML (DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, FORTISINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA MÍTA DEFINITIVA)
- BOLETTIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA, MENOR DE 14 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- NORTE = R\$ 15.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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.

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDO

- DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS SARCÁSTICOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS SARCÁSTICOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Gente,

An. Portaria

Gratas.

Recebidas.

2018

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

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

**Valorização 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# 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

**Valorização 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- NP do sinistro ou ASL: 3- CPF da vítima: 4- Nome completo da vítima:  
**3190438020 163.183.874-12 MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

-REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5- Nome completo: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA** 6- CPF: **163.183.874-12**  
 7- Profissão: **REC. INF** 8- Endereço: **RUA JULIA JOSE DE LIMA** 9- Número: **118** 10- Complemento: **CASA**  
 11- Bairro: **CENTRO** 12- Cidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ** 13- Estado: **PE** 14- CEP: **55765 - 000**  
 15- E-mail: **(84) 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: **MARIA NEZ 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\$1.00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma ou mais)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **0635** 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/benfeitor do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recorrendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, cultação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não atendo a seguinte exigência do seguro: A declaração de que não tenho laudo de invalidez permanente (IML) da Seguradora DPVAT (pelo local de permanência da vítima) e (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.

Declaro, motivo assim, salvo o prosseguimento da análise em meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concedendo, desde já, ao me suumular à avaliação médica da Seguradora Líder para verificar a existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, a L. 39, §1º; declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou beneficiária ao direito de contestá-la, caso discordar do seu resultado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23- Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (hoje)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24- Data de morte da vítima:

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

28- Vítima:  Sim  Não 29- Setinha filhos, informar se teve filhos?  Sim  Não 30- Vítima deixou nascituro (verbares)?  Sim  Não 31- Vítimo:  Sim  Não 32- Se tinha irmãos, informar se teve irmãos?  Sim  Não 33- Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso civil, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, em esta ocasião, estando ciente, ainda, de que ela quer omissão ou declaração não verdadeira pode gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 293 do Código Penal.

34- Nome legível de quem assina o rogo/a pedido: 35- Nome legível de quem assina o rogo/a pedido: 36- Assinatura da testemunha

37- Nome legível de quem assina o rogo/a pedido: 38- 1<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

39- 2<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

40- Local e Data: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PE 19/09/2019** 41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Maria Livia Oliveira de Lima**

42- Assinatura do Representante Legal (se houver): **Amareny Flora de Oliveira** 43- Assinatura do Procurador (se houver):

44- Assinatura do Representante Legal (se houver):

**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

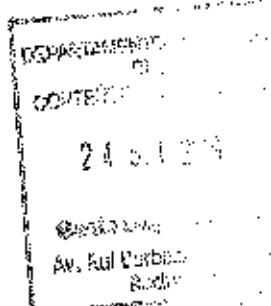
Favorecido: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Valor: 2,00      N° de Documento: 835271

Data do débito: 19/09/2019

**AUTENTICAÇÃO**

IMLijjJlw kUENfjptz LAnTyayQ \*fSb8Gpi nawB1nvkQ BhebG87s wuektwUz ;5JeJzrw  
x1Hb7a\*D QGrokRMe RbCksp\*U 4vc1ScRJ nvLkpfkL PVUrQ7ul C29pOK5T tH9taem23  
sm6h10Y7 WBaRkXB7 z9\*s@kwU Glqo9vVb JUQQzd4E pxyJ\*@7s 53110533 80209995



## PROCURACÃO

## 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  
VITIMA: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA  
ENDERECO: RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118, CENTRO, SANTA MARIA DO CAMBUCA-PE

**OUTORGADO**

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR  
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68  
ENDERECO: RUA JOÃO BATISTA, N°370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E  
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A  
QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS, DA  
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

11 JUL 2019

SANTA MARIA DO CAMBIUCÁ-PE 18 DE MARÇO 2018

María Flora de Obregón

**ASSINATURA DO AUTORGANANTE**

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

EST. DE SANTA MARIA DO CAMBUÇÁ - PE - CNS  
TITULAR: RICARDO JOSÉ ADRIÁN - CAMPOS  
TELEFONE: (81) 37541-2011

Redeñego por autenticidade a firma de MARINÉE FLORA DE OLIVEIRA. Doc. f. - Emol - R\$ 3,59. TSNE R\$ 0,80. HERM R\$ 0,04. FUNSEG R\$ 0,08. FERC R\$ 0,40. ISS R\$ 0,00. Total R\$ 4,91. Em testemunha, ADÉLSON GONZAGA SOARES,

Ref ID: 0139508-DJJ04201904-00164 03/05/2019 10:36:03

# 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

ALESSANDRO SOARES DA SILVA