

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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002754

Vítima: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

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. 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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002754

Vítima: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 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, 31 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200002754**

Vítima: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO**

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

Banco: **104**

Agência: **000004752**

Conta: **0000015682-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002754 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
CELESTINO

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E ATROFIA MUSCULAR MODERADA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA.

NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.

RECEBEU ALTA MÉDICA EM 30/09/2019.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200002754
Nome do(a) Examinado(a): Andreza Karla de Oliveira Celestino
Endereço do(a) Examinado(a): Si Salobro, 77
Zona Rural Riacho das Almas PE CEP: 55120-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [30/09/2019]
Data local do exame: [20/01/2020] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR EM OMBRO DIREITO GRAU III

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 30/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR EM OMBRO DIREITO GRAU III. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR

Data da Alta: 30/09/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO OMBRO DIREITO: APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA E FLEXORA DO OMBRO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR (2+/4+), ATROFIA MODERADA DA REGIÃO DO MANGUITO ROTADOR.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA E FLEXORA DO OMBRO GRAU II

DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 35°

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°

ATROFIA DA REGIÃO DO MANGUITO ROTADOR.

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga

CPF - 051.447.734-27

CRM/PB - 8085

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE EXTRATO

0111/2019 15-12-51
CONVENIO 000828557
OPERADOR caixa

LENCIA 4752 - SALGADO

ONTA 013 00015682-7

NOREZA KARLA DE OLIVEIRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR 04/05/2

DATA VALOR

1/11 0,25



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 064º CIRCUNSCRICAO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ºCIRC
 DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154001341

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/11/2019** às **10:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **30/9/2019** às **21:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, PRÓXIMO AO SÍTIO SALOBRO, ZONA RURAL DE RIACHO DAS ALMAS-PE - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
 SANDRO ALVES DE SOUZA (OUTRO)
 ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse (s) (s): **SANDRO ALVES DE SOUZA**

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

ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nm: **MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA CELESTINO** Nm: **CÍCERO JOSÉ CELESTINO** Data de Nascimento: **10/8/1991** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **5676445/SDR/PE (RG)**, **01683873482 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 77, SÍTIO SALOBRO, 77, RIACHO DAS ALMAS-PE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

SANDRO ALVES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Nmro de Alívio(s): **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sí(s): **SANDRO ALVES DE SOUZA**, que estava em posse do(s) Sí(s): **SANDRO ALVES DE SOUZA**

Caracter/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KFG4932** (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Chassi: **9C2JC41109R030328**
 Ano/Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO ACIMA CITADA, CONDUZIDA POR SANDRO ALVES DE SOUZA, QUE ESTAVA NA ACADEMIA DAS CIDADES D RIACHO DAS ALMAS-PE, QUANDO SE DESLOCOU PARA SUA RESIDÊNCIA NO SITIO SALOBRO JÁ A 1 KM PRÓXIMO A SUA CASA, O CONDUTOR BATEU EM UM CACHORRO SENDO SOCORRIDA POR PESSOAS QUE PASSAVAM NA HORA. A MESMA FOI SOCORRIDA PARA A UNIDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA EM RIACHO DAS ALMAS-PE, RETORNANDO PARA CASA A VÍTIMA PELA MANHÃ NÃO SUPORTANDO AS FORTES DORES NO OMBRO FOI ATÉ A UPA 24 HORAS DE CARUARU-PE, ONDE FOI ATENDIDA COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO ONDE APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

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

ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO
(VITIMA)

Andreza Karla de O. Celestino
B.O. Registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000015682-7

Nr. da Autenticação C231CB9777B26A4C



UNIDADE MISTA
JOÃO SOARES DA FONSECA

FICHA DE EMERGÊNCIA

Hora do Atendimento: 91:20

Data 30/10/14

Nº do Registro: _____

Nome: Anderson Karla de Oliveira

Sexo: F Data Nasc: 10/10/18 Idade: 33 anos

Estado Civil: _____ Cartão SUS: _____

RG: _____ CPF: _____

Filiação: Maria Aparecida de Oliveira casado

Endereço: St. Salvador Cidade: R. das Almas UF: PE

Trazido Por: _____

Enfermeira: Betty Anábia Antônio Médico: Dr. João Ferraz

História do Doente Atual: Dor no umbigo D na barriga
na mitade da altura mais forte
grave de mota na barriga veludinha

Histórico Arterial: ao colidir com escorregue Pulso: _____ Temp: _____

Diagnóstico Provisório: inchaço na barriga na altura

na mitade da altura

Conduta: 1) Usar laxante (int) 2) Drenar a urina (int) 3) Encaminhar

4) 20
11:
00

Hora da Liberação do Paciente: 4) Orientações

Liberto
ANÚCIO F. de O. Borba
COREN-PE 486.470-ENF

Assinatura Médico

Dr. João Ferraz
Médico
CRM: 17406



ANAMNESE

Paciente: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO
Nome Social:
Data Nascimento: 10/08/1981 Idade: 38 Anos, 1 Mês e 21 Dias
Sexo: Feminino

Atendimento: 01284946
Prontuário: 00454230
Senha N.º: 0038

Data e Hora: 01/10/2019 10:50h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR EM OMBRO DIREITO APÓS TRAUMA ONTEM A NOITE

Alergia:

Observação: NEGA DIA E HAS

NEGA ALERGIAS

DOC: RG

AFERIÇÃO:

Peso:
P.A Sistólica: PAS: 160 MMHG
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 80 MMHG
HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

QPD / RDA:

PACIENTE COM TRAUMA COM OMBRO DIREITO APÓS QUEDA

Exame Físico:

DOR + EDEMA E LIMITAÇÃO DE ADM; DOR A PALPAÇÃO DA AAC DIREITA, SEM SINAL DA TECLA

Exames complementares:

RX

ICD:

LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR

Conduta:

CONSULTA + ORIENTAÇÃO + MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO/ TRATAMENTO CONSERVADOR

Evolução:



Dr. Oberdan Ribeiro
CRM-PE 20544
10/10/2019

Ass. do Médico

Dr(a): OBERDAN RIBEIRO GONÇALVES DE OLIVEIRA
CRM - 20544

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PROPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

30/9/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO:

30/9/19

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Andréia Karla da Cunha White

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FAC (D)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento com medicação de FAC (D)

ADT a 11/11/19

ALTA MÉDICA? SIM NÃOEXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? SIM NÃO
SE POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:

 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Tríceps operado na articulação do punho
- 2º Movimento da articulação do punho e do tornozelo
- 3º Forma estética da musculatura antebraço e punho
- 4º Função do punho para sustentação da mão
- 5º FSI: Cervical

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 30/9/19 A 11/11/19
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

local

data

Assinatura e carimbo









RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002642/20

Vítima: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

CPF: 010.838.734-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2019

Titular do CPF: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO : 010.838.734-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/01/2020
Nome: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO
CPF: 010.838.734-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Steffany Caroliny Lins Veloso