



Número: **0033675-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71675935	26/11/2020 17:22	ANEXO 1	Outros (Documento)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

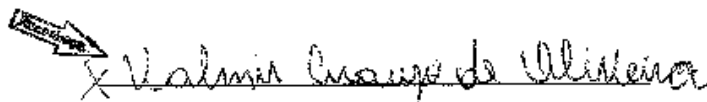
NOME: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: FORNEIRO
RG: 392.845.489 SSP/SP e CPF: 109.015.114.47
DATA DO ACIDENTE: 23/02/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA JOSE ALVES S FILHO L J G, 00030, CENTRO - SEURUBIM - PE CEP:55750-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

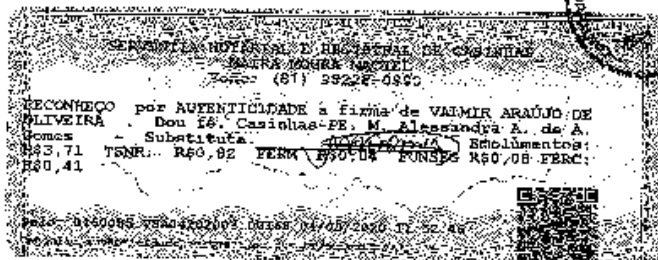
SURUBIM, 18 DE MARÇO DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÃO DE NOTAS E
REGISTRO DE CASINHAS
MAIRA MOURA MACHIEL
OFICIALA / TABELIA INTERINA
RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA,
30, DIOGO, CASINHAS/PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147902/20

Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

CPF: 109.015.114-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA : 109.015.114-47

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: 26/05/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

109.045.114-47

4 - Nome completo da vítima:

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

7 - Profissão:

FORNEIRO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ ALVES S. FILHO L J 6

6 - CPF:

109.045.114-47

9 - Número:

30

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.750-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

1849.9665.0454

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUANÇA (conjunto para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (selecione o banco)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu, titular do crédito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (viveres)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

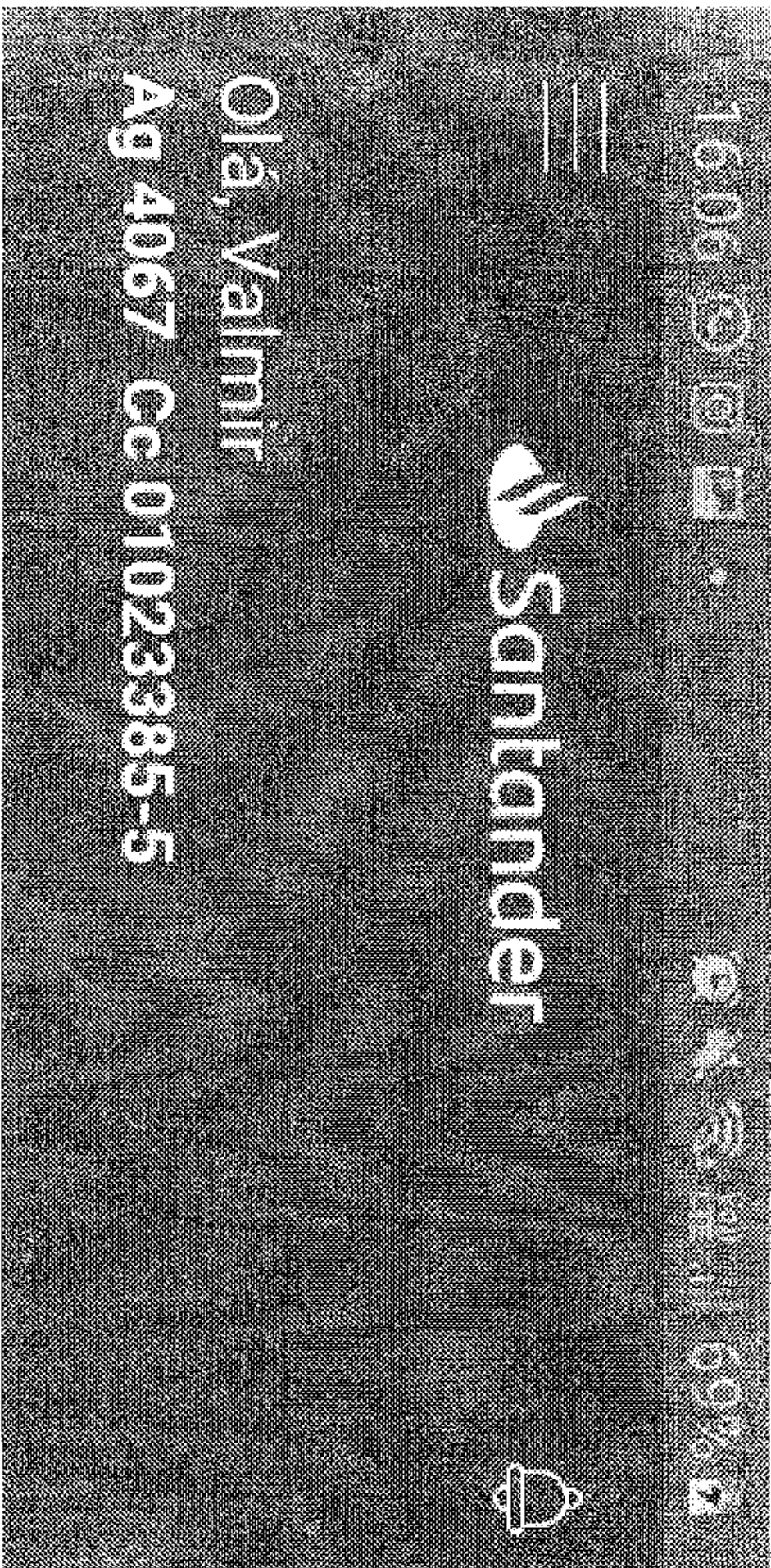
40 - Local e Data: SURUBIM, 19 DE MAIO DE 2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (cadavante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200190156 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA E DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,2,4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200190156 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA E DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: MARCHA CLAUDICANTE, HIPOTROFIA DO QUADRÍCEPS, REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO E DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA FRATURA DIAFISÁRIA E PARAFUSOS DA FRATURA DO COLO DO FÊMUR
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/07/2020

Conduta mantida: Não

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO(SINERGISMO DAS LESÕES REPERCUTINDO NO MEMBRO COMO UM TODO)
VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190156

Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR ARAUJO 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,

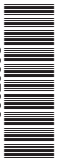
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15810711

Pag. 00015/00016 - carta_01 - INVALIDEZ

00020008





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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190156

Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 00891/00892 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190156

Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **033**

Agência: **000004067**

Conta: **000001023385-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190156

Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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

Pag. 01269/01270 - carta_02 - INVALIDEZ

00050635



Carta nº 15890219





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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190156

Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **033**

Agência: **000004067**

Conta: **000001023385-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

109.015.114-47

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

6 - CPF:

109.015.114-47

7 - Profissão:

FORNEIRO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ ALVES S. FILHO L.J. 6

9 - Número:

30

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.750-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 9.9665-0454

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:

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 POUPOANÇA (somente para de bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (todas as bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1245

CONTA:

22739

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a consultar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu, titular, reconheço e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor resgatado.

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concorrência com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) (ainda nascido)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim☐ Não

33 - Vítima deixou pais/sós vivos?

☐ Sim☐ Não

Salvo o direito de que a Seguradora Líder pague, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovem essa condição, estando certa, única, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 19 DE MAIO DE 2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0206000873

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/05/2020 às 19:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 23/2/2020 às 11:30

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA FATAL**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 01, RUA SETE DE SETEMBRO - Bairro:**

CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: EM FRENTE À ESCOLA OLIVEIROS

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)

GERNEIDE CANDIDO DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)

VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA

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

VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA ARAUJO CANDIDO DA SILVA OLIVEIRA Pai: VANILDO ANTONIO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/3/1994 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 302845489/SSP/SP (RG), 10901511447 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: FORNEIRO (ALTO-FORNO) Telefones Celulares: - 81995758192

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 30, RUA JOSE ALVES S. FILHO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DA VAQUEJADA, PERTO DA ANTENA DA VIVO

GERNEIDE CANDIDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA FRANCISCA DO CARMO Pai: GENIMÁRIO CANDIDO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 7/3/1991 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 533534392/SSP/SP (RG), 09788820493 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 13, RUA DOM HELDER CÂMARA, SÃO JOSÉ - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CE300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHG0130** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **180657186** Chassi: **9C2NC4310AR041757**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

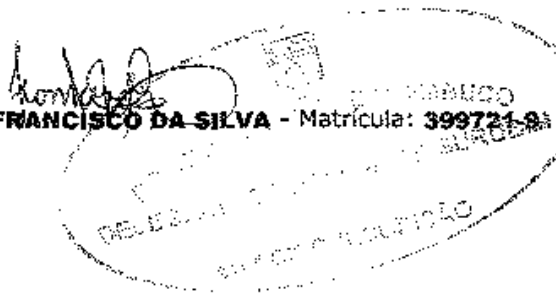
Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE, 18/05/2020, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA, A PESSOA DE VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA (VÍTIMA) ALEGANDO QUE NO DIA 23/02/2020, POR VOLTA DAS 23:30, ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SETE DE SETEMBRO, NAS PROXIMIDADES DA ESCOLA OLIVEIROS DE ANDRADE VASCONCELOS, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CE 300R, PLACA: KHG-0130, SENTIDO CENTRO DE SURUBIM; QUE QUANDO ESTAVA PASSANDO NO QUEBRA MOLAS, ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, SUBINDO NA CALÇADA, BATENDO NUMA BARRACA QUE VENDE VERDURA; QUE RECORDA QUE POR ESTÁ CHOVENDO E O ALFALTO MOLHADO, AO PASSAR PELO QUEBRA MOLAS O PNEU DA FRENTE DERRAPOU, O QUE VEIO FAZER PERDER O CONTROLE; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE ESTAVA SOZINHO, TENDO LOGO EM SEGUIDA LIGADO PARA GERNEIDE CANDIDO DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA) QUE É NAMORADA DO MESMO; QUE POUCO TEMPO DEPOIS FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU, TENDO SIDO LEVADO ATÉ A UPA DE SURUBIM E, NO MESMO DIA, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NA CIDADE DO RECIFE; QUE DIANTE DO OCORRIDO, VEM REGISTRAR O COMPETENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

Valmir Araújo de Oliveira
VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **IVANALDO FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **399721-9**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:



DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

109.045.114-47 VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

7 - Profissão:

FORNEIRO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ ALVES S. FILHO L.J. 6

6 - CPF:

109.045.114-47

9 - Número:

30

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.750-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 9.9665-0454

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:

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 POUANÇA (somente para de bancos abertos. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1245

CONTA:

22739

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o código da agência)

(Informar o código da conta)

(Informar o código da agência)

(Informar o código da conta)

Autorizo a Seguradora Líder a consultar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu, titular, reconheço e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor resgatado.

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concórdia com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (ainda não nasceu)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/sos vivos?

☐ Sim☐ Não

Salvo o direito de que a Seguradora Líder pague, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovem essa condição, estando certa, única, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 19 DE MAIO DE 2020.

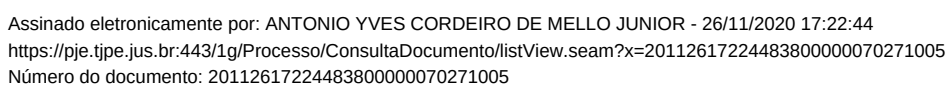
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019

Scanned with CamScanner



: இந்தியாவில் கல்விக்கான அரசு உதவிகள்

RUA JOAO SAUTISTA 330

CENTRO SUPLENIM
SURLQIMPE
56754-000

7205749588 012628
44901157 04072529

33126000 CRICA 07/01/2000

03122000	051000	0710122000
----------	--------	------------

07992000 2014766060 375901

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL
Consumo Aluguel (R\$) 7050	10,000000	0,4266616	4,27
Consumo Aluguel (R\$) 7050	36,000000	0,3675825	13,23
Consumo Energia (R\$) 7050			1,48
Consumo Água (R\$) 7050			3,40

IQBAL DATA

IP DO	TIPO DO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MP DO	CONSERVANTE	AUTORIZA	CONSERVADOR
INSTRUTOR	PLANO DO					DIAG			(LUA)
K10204	CTAT	04-01-2010	48.451.00	07-01-2010	50.000.00	20	1.000.00		BRUNO

[illegible]

A4D2 E:57.4357 H373 FCC: 6:56 CR: 4.1447

Quanto aos aspectos metodológicos, a pesquisa foi realizada com base no método de análise de conteúdo (Bardin, 1976) e no método de análise de discurso (Lyra, 2006). A análise de conteúdo é um método de análise de dados que visa identificar e interpretar o significado de um determinado conteúdo, com base em categorias pré-definidas (Bardin, 1976). A análise de discurso, por sua vez, é um método de análise de dados que visa identificar e interpretar o significado de um determinado conteúdo, com base em categorias pré-definidas (Lyra, 2006).

[illegible]

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/BIBLIOTECABWEB/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 COAP**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.015.114 / 47, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.015.114 / 47, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.750-000</u>
E-mail _____		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.8133-5022</u>

SURUBIM, 19 de MAIO de 2020.

Local e Data



Assinatura do Declarante

CLICRL001 V031/2017



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda



- DECLARAÇÃO -

Declaro para as devidas fins e certos legais, que o Sr. Vitorino Araújo da Oliveira, nascido em 15/03/1991, filho de Sra. Josefa Araújo Cândido de Silva Oliveira e do Sr. Manoel Antonio da Oliveira. Residente na Rua José Alves S. Silva, nº 10 - Bairro Coqueiro, nesta Cidade - Sulitama, no dia 18/03/2020 com o seu proprietário do atendimento devido acidente automobilístico.

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 23/03/2020 pelo médico plantonista Dr. Lenoir Maranhão CRM 22541.

Sulitama, 20 de março de 2020

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Sulitama - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM - 20112617224483800000070271005



UNUSIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº Ocorrência: 00113438

Idade: 25 Anos 11 Meses 8 Dias

CNS: 704107134080475

Sexo: MASCULINO

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

Nome: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Nascimento: 15/03/1994

CEP: 55750000

Mãe: JOSE ALVES S FILHO

Nº: 30

Sairro: COQUEIRO

Doc nº: 109.015.114-47

Endereço: SURUBIM

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 109.015.114-47

Endereço: JOSEFA ARAUJO CANDIDO DA SILVA OLIVEIRA

Pai: VANILDO ANTONIO DE OLIVEIRA

Endereço: FORNEIRO

Responsável:

Tel.: 81 99442517

Consultas / Ocorrências:

Data	Hora	Nº Ocorrência	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos
20/07/2020	01:43	113438	ACIDENTE
16/09/2019	14:07	88408	TRIAGEM
21/09/2019	13:50	60333	TRIAGEM

Consultas: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

Altura	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
1,70 x 1,70	100	54	54	72,4	HGT = 1,70

DIAGNÓSTICO:

Lesão de nível 45, Q148
Do tipo de fratura, com
um fragmento deslocado
para baixo e para dentro
do canal da medula
e para dentro do canal
da medula. Fratura de nível
45, Q148.

TRATAMENTO:

Requer 2g de AD
- Medicação com Dor
- Ombrotom 400 + 100mg de
- Sulfato de Tioptina 0,25g
- Tratamento ortopédico
- Ombro de 7,30x 7,24
- Dignidade 400mg de 0,033g

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame de Urina (Pouco D) e
Exame de Sangue

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Lesão de nível 45, Q148
Do tipo de fratura, com
um fragmento deslocado
para baixo e para dentro
do canal da medula
e para dentro do canal
da medula. Fratura de nível
45, Q148.

EXAMES COMPLEMENTARES:

EXATIDÃO ☐ INTERNADO ☐

EXATIDÃO

EXATIDÃO

EXATIDÃO

EXATIDÃO

EXATIDÃO

EXATIDÃO

EXATIDÃO

EXATIDÃO

CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ES ☐
NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO ☐

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐
OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: MARIA LUCINALDA PEREIRA DO NASCIMENTO





Dr. Gerald Sussman, of Berkeley,

LADO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local	Município		
Nome do Paciente:	Data de Nascimento:		
Quadro Clínico:			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRA	DATA:	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe de Plantão	COBEN	DATA:	
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Noro Suldo
	Motivo (Registro Detalhado)		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Noro Suldo
	Motivo (Registro Detalhado)		
Assinatura da Responsável			
Assinatura e conteúdo do Técnico da Enfermagem			
Assinatura do Materialista			





SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Av. Coronel Góes, 504 - Jd. Teófilo - Recife - PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: CARANO DE OLIVEIRA

Idade: 12x

Leito: 12

Nome do Médico: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DATA DE SAÍDA: 09/03/2020

Local de origem: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Diagnóstico: ...

Exames complementares: ...

... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...
... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...
... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...
... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...
... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...
... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...
... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...
... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...
... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...
... em 09/03/2020, com o diagnóstico de ...

... com 30 dias

... no membro CIRURGIADO

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INSIT (Instituto de Saúde e Informação Tecnológica) - Rua da Saúde, 100 - Jd. São Luiz - São Paulo - SP

ATESTADO MEDICO

ATESTADO que o(a) Senhor(a) RAFAEL RODRIGO DE OLIVEIRA portador(a) da Carteira Profissional nº 10000000000000000000 Série 00000000000000000000 necessita de (30) dias de afastamento do trabalho a partir da data, por motivo de doença.

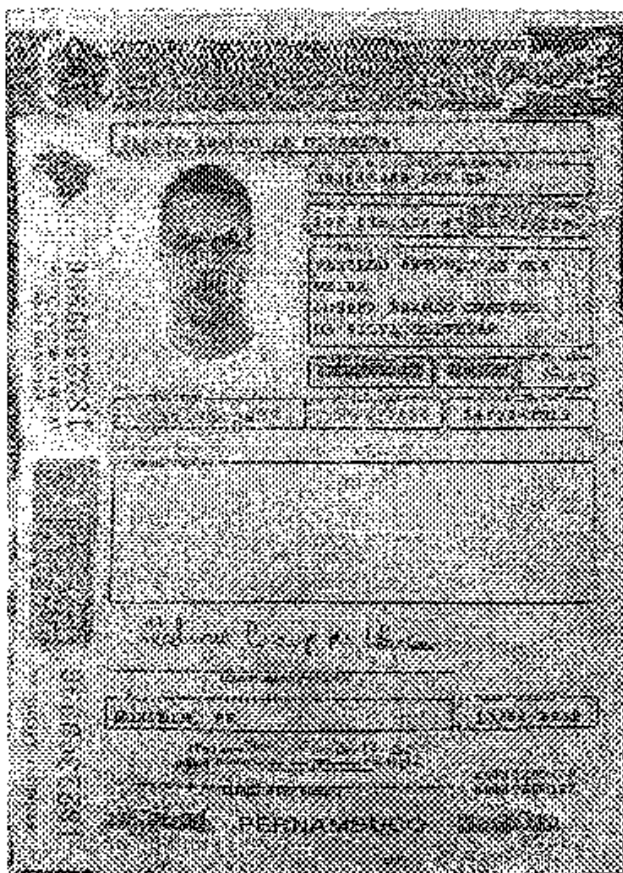
Diagnóstico: SAÚDE DEBILITADA - DOENÇA DE CHAGAS

5/11/2020

Mediana - CRM

NOTA: Este atestado é válido apenas para fins de comprovação de afastamento do trabalho. Não serve para fins de comprovação de afastamento do trabalho. O atestado deve ser assinado pelo médico responsável pelo atendimento do paciente.





Scanned with CamScanner





DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 11255-0 DIR. DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

12:19:05

Controle de Veículos - Relatório Geral Do Veículo

Placa:	KHG0130	UF:	PE
Renavam:	180657186		
Chassi:	9C2NC4310AR041757		
Número do Motor:	NC43E1A041757		
Proprietário:	VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA		
Município:	SURUBIM		
Marca/Modelo:	HONDA/CB 300R		
Fabricação/Ano:	2009 / 2010		
Cor:	VERMELHA		

Restrições Gerais:

Registro do contrato de Financiamento:	Data:
Restrição 1:	
Restrição 2:	
Restrição 3:	
Restrição 4:	
Observação restrição:	

Débitos:

IPVA:	Sim	Valor:	169,95
Licenciamento:	Sim	Valor:	132,69
Multas IPVA:	Não	Valor:	
Multas:	Não	Valor:	
DPVAT:	Sim	Valor:	12,30
Autuações em Tramitação:	Não	Valor:	

Gravame:

--	--

Último CRLV Emitido:

Exercício:	2018		
Emissão:	13/07/2018	CIR. SURUBIM	Entrega: 13/07/2018
Destino:	ON-LINE		Retirante: VALM
Devolução:			Motivo:
AR de Postagem:			



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147902/20

Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

CPF: 109.015.114-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA : 109.015.114-47

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: 26/05/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200190156 Data da solicitação: 22/06/2020
Nome do beneficiário: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA CPF do beneficiário: 109015114-47
Nome do solicitante: CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: DOC. IMAGEM + LAUDO MÉDICO (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOLICITO QUE SEJA REANALIZADO MEU PROCESSO, POIS SOFRI FRATURA EM MINHA PERNA, TIVE CIRURGIA, TODO TRATAMENTO MÉDICO, COLOQUEI PLACA E PARAFUSO, E MESMO ASSIM ME ENCONTRO COM SEQUELAS, NÃO FUI SUBMETIDO À PERÍCIA MÉDICA PARA AVALIAR AS MINHAS SEQUELAS E FOI LIBERADO UM VALOR MUITO INFERIOR AO QUE TENHO DIREITO.

SUPLENTE 22/06/2020

Local e Data

Valmir Araújo de Oliveira

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/último não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizado, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

