

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200368794

Vítima: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIA EDITE SILVA 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas cervicais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000001672-1

Conta: 0000011445-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200368794 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DE VÉRTEBRA LOMBAR COM ACHATAMENTO DO CV DE L3.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 5/6

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE SEGMENTO LOMBAR DE COLUNA VERTEBRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE SEGMENTO LOMBAR DE COLUNA VERTEBRAL.

**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
Lesões de órgãos e estruturas cervicais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Antônia Edik Silva 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: Antônia Edik Silva de Oliveira 6 - CPF: 780.399.674-49  
7 - Profissão: caso 8 - Endereço: Estrada do Barbolhe 9 - Número: 1445 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Putinga 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 997440555

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco

AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 11.445 6  
(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ainda nascido)? ☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: Recife 02 de outubro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096007467**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2019** às **07:44**

Complementa o BO Número: **19E0096005693**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **3/11/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DO BARBALHO, 1** - Bairro: **IPUTINGA** -  
**RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55000-000**  
Local do Fato: **ONIBUS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PAULO (AUTOR \ AGENTE)  
ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **EDITE MARIA DA CONCEICAO** Data de Nascimento: **30/8/1958** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **ESTRADA DO BARBALHO, 1445** - CEP: **55000-000** - Bairro: **IPUTINGA** -  
**RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PAULO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Comercial: **RUA LEAL DE BARROS, 1, TERMINAL DA LINHA ESTRADA DO BARBALHO/CDU** - CEP: **55000-000** -  
Bairro: **IPUTINGA** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**ONIBUS (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO**  
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DP, A VITIMA ACIMA QUALIFICADA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UMA LESAO, QUANDO ESTAVA DENTRO DE UM ONIBUS QUE FAZ A LINHA BARBALHO/CDU, DIRIGIDO PELO MOTORISTA PAULO, QUE IMPRUDENTEMENTE, E EM ALTA VELOCIDADE, PASSOU POR CIMA DE UMA LOMBADA, VINDO A JOGAR A VITIMA DESTA, A CERTA ALTURA, VINDO A LESIONA-LA QUANDO CAIU. SENDO SOCORRIDA PARA UPA DA CAXANGA EM CONFORMIDADE COM ATENDIMENTO NUMERO 1233102, SENDO TRANSFERIDA PARA O PELOPIDAS SILVEIRA, POIS ESTAVAM SUSPEITANDO DE CASO DE CIRURGIA, EM CONFORMIDADE COM OS LAUDOS DAQUELA UNIDADE HOSPITALAR, E COM O RESUMO DE ALTA 256183. MOTIVO PELO QUAL, PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.**

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

  
**ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALBERTO MOURA DOS SANTOS** - Matrícula: **3809633**

(Liberado em **03/12/2019** às **07:49**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0096005693**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **11:12**

Complementado pelo BO Número: **19E0096007467**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **4/11/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DO BARBALHO, 1 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55000-000**  
Local do Fato: **ONIBUS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PAULO ( AUTOR \ AGENTE )  
ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EDITE MARIA DA CONCEICAO** Data de Nascimento: **30/8/1958** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **ESTRADA DO BARBALHO, 1445 - CEP: 55000-000 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PAULO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Comercial: **RUA LEAL DE BARROS, 1, TERMINAL DA LINHA ESTRADA DO BARBALHO/CDU - CEP: 55000-000 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

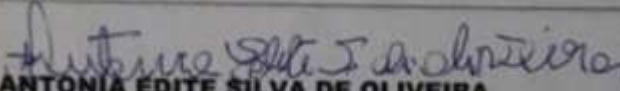
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**ONIBUS (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): PAULO, que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO  
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP, A VITIMA ACIMA QUALIFICADA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UMA LESAO, QUANDO ESTAVA DENTRO DE UM ONIBUS QUE FAZ A LINHA BARBALHO/CDU, DIRIGIDO PELO MOTORISTA PAULO, QUE IMPRUDENTEMENTE, E EM ALTA VELOCIDADE, PASSOU POR CIMA DE UMA LOMBADA, VINDO A JOGAR A VITIMA DESTA, A CERTA ALTURA, VINDO A LESIONA-LA QUANDO CAIU. SENDO SOCORRIDA PARA UPA DA CAXANGA EM CONFORMIDADE COM ATENDIMENTO NUMERO 1233102, SENDO TRANSFERIDA PARA O PELOPIDAS SILVEIRA, POIS ESTAVAM SUSPEITANDO DE CASO DE CIRURGIA, EM CONFORMIDADE COM OS LAUDOS DAQUELA UNIDADE HOSPITALAR, E COM O RESUMO DE ALTA 256183. MOTIVO PELO QUAL, PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.

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

  
**ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **NEWTON XAVIER DE ANDRADE JUNIOR** - Matrícula: **220790-7**

(Liberado em **11/09/2019** às **11:34**)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Antônia Edik Silva 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: Antônia Edik Silva de Oliveira 6 - CPF: 780.399.674-49  
7 - Profissão: caso 8 - Endereço: Estrada do Barbolhe 9 - Número: 1445 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Putinga 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 997440555

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco

AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 11.445 6  
(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ainda nascido)? ☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 02 de outubro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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: 23/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01672-1

CONTA: 000000011445-6

---

Nr. da Autenticação 3FABA628D361E08B

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

  
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GENILDA PINHEIRO DOS SANTOS

CPF: 137.946.984-87

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ET BARBALHO 1455 A

IPUTINGA/RECIFE  
50690-000 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

DATA DE VENCIMENTO

09/10/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

50,98

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/09/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/10/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

126030909

CONTA CONTRATO

007019744889

Nº DO CLIENTE

2001982675

Nº DA INSTALAÇÃO

0003035159

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

86A3.55AB.AE04.5726.198C.15F0.9D09.21A5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	56,00	0,46868745	26,24
Consumo Ativo(kWh)-TE	56,00	0,36429296	20,40
ICMS Subvenção-CDE-NF 116584295-20/07/20			0,27
Multa por atraso-NF 112662651 - 17/06/20			0,72
Multa por atraso-NF 116584295 - 20/07/20			0,71
Juros por atraso-NF 112662651 - 17/06/20			0,63
Juros por atraso-NF 116584295 - 20/07/20			0,24
Atualização IGPM-NF 112662651 - 17/06/20			1,27
Atualização IGPM-NF 116584295 - 20/07/20			0,50
TOTAL DA FATURA			50,98

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32316000

Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25118000

HISTÓRICO DO CONSUMO

SET 20		56
AGO 20		54
JUL 20		45
JUN 20		46
MAI 20		104
ABR 20		136
MAR 20		114
FEV 20		83
JAN 20		68
DEZ 19		70
NOV 19		30
OUT 19		30
SET 19		30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	14,25	30,55
Transmissão	2,02	4,33
Distribuição (Celpe)	10,50	22,51
Encargos Setoriais	2,02	4,33
Tributos	14,48	31,05
Perdas de Energia	3,37	7,23
TOTAL	46,64	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS									PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO			
46,64	25,00	11,66	46,64	1,06	0,49	46,64	4,99	2,32						

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003121656883	CAT	18/08/2020 2.232,00	17/09/2020 2.288,00	30	1,00000	0,00	56,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/10/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2020					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	4,83	9,67	19,34
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,69	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,09					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! julia magazine: av caxanga 4024 loja g iputinga / nivia matos da silva 995116495: r isaías lima 244 centroLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Acesse [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br) e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO

007019744889

MÊS/ANO

09/2020

TOTAL A PAGAR(R\$)

50,98

VENCIMENTO

09/10/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Nome:  
78804-ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA  
Sexo:  
FEMININO  
Contatos:  
81 - 30350875 / -

Idade:  
60a 4m 9d  
Nascimento:  
30/06/1958

Mãe:  
EDITE MARIA DA CONCEICAO

Endereço:  
MONSENHOR FERREIRA LIMA, 230 -  
IPATINGA - RECIFE/ PE - CEP: 50690420

Data do Atendimento: 08/11/2018

Prontuário: 00078804

Nº Atendimento: 01233102

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

## REGISTRO CLÍNICO

### QPD/HDA:

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR LOMBAR APOS O ONIBUS NO QUAL ESTAVA PASSAR EM LOMBADA HA 5 DIAS  
NEGA DOR IRRADIADA

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, CORADA, HIDRATADO, ECG - 15  
NEUROVASCULAR PRESERVADO  
DOR A PALPAÇÃO LOMBO SACRA

### EXAME FÍSICO:

### DIAGNÓSTICO:

LOMBALGIA

Airton César Pereira de Sá Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE: 22186 / TEOT: 15945

Airton César Pereira de Sá Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE: 22186 / TEOT: 15945



Nome:  
78804-ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA  
Sexo:  
FEMININO  
Contatos:  
81 - 30350875 / -

Idade:  
60a 4m 9d  
Nascimento:  
30/06/1958

Mãe:  
EDITE MARIA DA CONCEICAO

Endereço:  
MONSENHOR FERREIRA LIMA, 230 -  
IPATINGA - RECIFE/ PE - CEP: 50690420

Data do Atendimento: 08/11/2018

Prontuário: 00078804

Nº Atendimento: 01233102

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

**Conduta:**

RX  
VPM

RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Airton Cesar Pereira de Sá Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE: 22186 / TEOT: 15945

# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-11-08 08:13:35

Nome Paciente:	ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:	78804
Data de Nascimento:	30/06/1958
Sexo:	Feminino
Idade:	60
Senha:	OR0012
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1233102 
SAME:	

Período: 2018-11-08 08:13:35 - 2018-11-08 08:34:56

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR EM COLUMA POS TRAUMA NO ONIBUS

Observação: HAS -  
DM -  
ALERGIAS -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG  
- P.A.DISTOLICA: 60.00 MM/HG  
- TEMPERATURA(C): 35.80 C°

Acolhido(a) por: KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2018-11-08 15:05:16



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO



SECRETARIA DE SAÚDE  
PELOPÓLIS SILVEIRA

GOVERNO DO  
PERNAMBUCO  
INSTITUTO  
MÉDICO  
PELOPÓLIS  
INSTITUTO  
MÉDICO  
PELOPÓLIS

PACIENTE: 0060305 ATENDIMENTO: 0000280871 DATA E HORA: 16/05/2019 07:40 SEXO: FEMININO  
NOME DO PACIENTE: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA IDADE: 60 Anos 10 Meses 16 Dias  
NOME DA MÃE: EDITE MARIA DA CONCEIÇÃO SUSC:000202287914931  
DATA DO NASC: 30/06/1959

LEITO:

## ENCAMINHAMENTO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA EM ONIBUS EM NOV 2018, SEGUIDO DE DOR LOMBAR E PERDA DE FORÇA EM MMII - SIC  
FOI INTERNADA NO SERVIÇO, SENDO FEITO TC/RM QUE EVIDENCIARIA FRATURA COM ACHATAMENTO DO CV DE L3,  
FOI TRATADA DE FORMA CONSERVADORA, COM MANUTENÇÃO DE COLETE DE PULTEI  
APÓS 6 MESES, PERSISTE COM DOR LOMBAR, TC DE CONTROLE COM DISCRITA FONA DO ACHATAMENTO  
VERTICAL  
SEGUIR EM ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE NEUROQUIRURGIA, AINDA NÃO ESTA AFASTADO A  
POSSIBILIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO (ARTRODESE LOMBAR),

CID:

Dr. Renato  
SANTO AGOSTINHO  
CRM: 17510

RENATO SANTIAGO DE MENEZES

16 de Maio de 2019 11:28



ATENDIMENTO: 0000256183 DATA E HORA: 11/11/2018 12:02

PACIENTE: 0060305 SEXO: FEMININO IDADE: 60 Anos 4 Meses 22 Dias

NOME DO PACIENTE: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

DATA DO NASC: 30/06/1958

LEITO: 4 AND - NEUROCIRURGIA LESTE, Q405\_NCRLESTE\_L3

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

\* ESTA CONTA DEVERÁ SER PAGA COM RECURSOS PÚBLICOS \*

### RESUMO DA INTERNAÇÃO

# RESUMO DE ALTA NEUROCIRURGIA #

60 ANOS

PACIENTE ADMITIDA EM 11-11-18, RELATANDO QUE HÁ 8 DIAS, SENTADA NO ONIBUS SOFREU IMPACTO AXIAL, RESULTANDO EM DOR LOMBAR COM IRRADIAÇÃO PARA COXAS BILATERALMENTE, DESDE ENTÃO A DOR SE REDUZIU PURAMENTE A REGIÃO LOMBAR.

MENOPAUSADA APOS HISTERECTOMIA NOS ULTIMOS 5 ANOS

DEAMBULANDO LIVREMENTE, REFERE FUNÇÕES ELIMINATORIAS SEM INTERCORRENCIAS, NEGA PARESTESIA OU IRRADIAÇÃO. TOLERA MENOS O DECUBITO LATERAL ESQUERDO E A FLEXÃO PARA DIANTE

LAB 14-11-18: CA: 9,16, C: 0,7, G: 93, HGB: 12,9, LEUCO: 8200, PLAQ: 232000, TP: 100%, TTPA: 22, T4L: 1,45, TSH: 2,18

RX (TROUXE DA UPA): FRATURA ACUNHAMENTO DE L3 COM COLAPSO DO PLATO SUPERIOR E MINIMA RETROPULSAO PARA O CANAL. NO RX FORAMES AMPLOS E PRESERVADOS

CT LOMBAR (12-11-18) FRATURA COM DESTACAMENTO ANTERIOR. ABAULAMENTO DO LIGAMENTO LONGITUDINAL NO SENTIDO DO CANAL, DESLOCANDO O SACO DURAL

RM 20-11-18: FRATURA COMINUTIVA L3 COM PRESERVAÇÃO DO CANAL E FORAMES NEURAIAS

AO EXAME NEUROLÓGICO DE ALTA: SEM SINAIS FOCAIS.

OPTAMOS INICIALMENTE POR TRATAMENTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO CLINICO RADIOLOGICO

### DIAGNÓSTICO DEFINIDO:

CID:

### OBSERVAÇÕES DO DIAGNÓSTICO:

### EXAMES COMPLEMENTARES RELEVANTES

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

PLANO:

- 1) COLETOU CEA, CA19.9 E CA125
- 2) ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL VISANDO REDUZIR CARGA VERTEBRAL COM AJUSTE PESO CORPORAL
- 3) EM USO DE AMITRIPTILINA 25MG NOITE
- DIPIRONA 500 VO 6-6H
- TYLEX 30MG ATE 8/8H SE DOR
- 4) EM USO DE CINTA DE PUTTI AO SENTAR E DEAMBULAR. RETIRAR AO DEITAR. REALIZAR REPOUSO
- 5) MARCAR REAVALIAÇÃO EM AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA (DR BRENO/ DRA C CAROL) APOS 30 DIAS DA ALTA

### PROGRAMAÇÃO PÓS ALTA

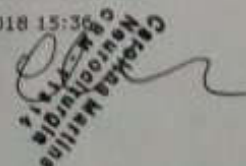
AMBULATÓRIO EGRESSO:

DATA DA CONSULTA NO AMBULATÓRIO EGRESSO DO HPS:

HORA:

22 de Novembro de 2018 15:36

MARIA CAROLINA MARTINS DE LIMA - CRM: Nº.11914

  
Maria Carolina Martins de Lima  
Neurocirurgião

ASSINATURA DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

PACIENTE: 0060305 ATENDIMENTO: 0000289102 DATA E HORA: 23/07/2019 07:52 SEXO: FEMININO  
NOME DO PACIENTE: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA IDADE: 61 Anos 0 Mês 23 Dias  
NOME DA MÃE: EDITE MARIA DA CONCEICAO SUS: 09202287914831  
DATA DO NASC: 30/06/1958 LEITO:

### LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA EM ONIBUS EM NOV 2018, SEGUIDO DE DOR LOMBAR E PERDA DE FORÇA EM MMII - SDC.

FOI INTERNADA NO SERVIÇO, TENDO FEITO TC/RM QUE EVIDENCIARAM FRATURA COM ACHATAMENTO DO CV DE L3, COM PERDA >50% DA ALTURA.

FOI TRATADA DE FORMA CONSERVADORA, COM MANUTENÇÃO DE COLETE DE PUTTI.  
APÓS 6 MESES, PERSISTE COM DOR LOMBAR. TC DE CONTROLE COM DISCRETA PIORA DO ACHATAMENTO VERTEBRAL.

SEGUE EM ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA. AINDA NÃO ESTÁ AFASTADO A POSSIBILIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE LOMBAR).

CID: S320 FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR

23 de Julho de 2019 10:4

  
BRENO SANTIAGO DE MACHADO - CRM: Nº.17510

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:29:21 do dia 11/09/2012 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

CÓDIGO DE CONTROLE  
7830.5883.C83A.A60C



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número

**780.399.674-49**

Nome

**ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA**

Nascimento

**30/06/1958**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



EAC-01



POLEGAR DIREITO

Antônia Edite J. Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

29/08/2005

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

2.002.674

REGISTRO  
GERAL

NOME << ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA >>

FILIAÇÃO << SEVIRINO JOSE DA SILVA >>

<< EDITE MARIA DA CONCEIÇÃO >>

DATA DE NASCIMENTO

30/06/1958

NATURALIDADE  
MAZARE DA MATA - PE

D.O.C. ORIGEM

<< CC.B71 L3.B.F.29 CART SEDE BUENOS AIRES-PE

09 08 84 >>

Cpf

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Amélia Edr Sive de Oliveira  
 Data do Acidente: 03.11.2018 CPF da vítima: 393.644-49  
 Portador da documentação:  
 Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é: 300.0658  
 Endereço do portador:  
 Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

## MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT  
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)  
☒ Carteira de Identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)  
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)  
☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)  
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT  
☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)  
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

## MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)  
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)  
☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)  
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

## MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT  
☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)  
☐ Carteira de Identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)  
☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)  
☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)  
☐ Comprovações (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas  
☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receitaário médico (cópia simples e legível)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

## MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)  
☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)  
☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)  
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidéz Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 02 de outubro 2018  
 Nome: Paula Maria Sales de Oliveira  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: \_\_\_\_\_  
 Identidade: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291649/20

**Vítima:** ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

**CPF:** 780.399.674-49

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 03/11/2018

**Titular do CPF:** ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA : 780.399.674-49**

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](http://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: 15/10/2020  
Nome: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA  
CPF: 780.399.674-49

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA