

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

---

**Rio de Janeiro, 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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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:  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 Silveira 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 Silveira de Oliveira

6 - CPF:

780.399.674-49

7 - Profissão:

caso

8 - Endereço:

Rua da Barbolhe

9 - Número:

445

10 - Complemento:

Recife

11 - Bairro:

Pontinha

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.000-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 997140553

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 e 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

Sim  Não

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiro (menor)?  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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife 02 de outubro 2020

Antunes Edik Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006º CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ºCIRC DIM/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 - Culposo (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 DESTE, 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

*Antônia Edite Silva de Oliveira*  
ANTÔNIA 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 006<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6<sup>a</sup>CIRC DIM/2<sup>a</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **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 - Culposo (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 DESTE, 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*  
**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 Silveira 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 Silveira de Oliveira

6 - CPF:

780.399.674-49

7 - Profissão:

caso

8 - Endereço:

Rua da Barbolhe

9 - Número:

445

10 - Complemento:

Recife

11 - Bairro:

Pontinha

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.000-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 997140553

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 e 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

Sim  Não

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiro (menor)?  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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

# 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. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	

DATA DE VENCIMENTO <b>09/10/2020</b>	
TOTAL A PAGAR (R\$) <b>50,98</b>	
DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/09/2020	
DATA DA APRESENTAÇÃO 02/10/2020	
NÚMERO DA NOTA FISCAL 126030909	
CONTA CONTRATO <b>007019744889</b>	
Nº DO CLIENTE 2001982675	
Nº DA INSTALAÇÃO 0003035159	
CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico	
RESERVADO AO FISCO <b>86A3.55AB.AE04.5726.198C.15F0.9D09.21A5</b>	

## 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
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>50,98</b>

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32316000	kWh	
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118000		
		SET	20
		AGO	20
		JUL	20
		JUN	20
		MAI	20
		ABR	20
		MAR	20
		FEV	20
		JAN	20
		DEZ	19
		NOV	19
		OUT	19
		SET	19

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

## 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 iutinga / nivia matos da silva 995116495: r isaias 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 no nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.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 <b>007019744889</b>	MÊS/ANO <b>09/2020</b>	TOTAL A PAGAR(R\$) <b>50,98</b>	VENCIMENTO <b>09/10/2020</b>	TALÃO DE PAGAMENTO  Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

Nome: 78804-ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

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

Data do Atendimento: 06/11/2018

Sexo: FEMININO  
Contato: 81 - 30350875 / -

Prontuário: 00078804

Nome: EDITE MARIA DA CONCEICAO

Endereço:

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

Nº Atendimento: 01233102

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

### REGISTRO CLÍNICO

#### QPD/HDA:

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

EEG, 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 / TEDT: 1594

Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE: 22186 / TEDT: 1594

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CDD 97676330006922186 / TEDT: 1594

Nome: 78804-ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA  
Sexo: FEMININO  
Mae: EDITE MARIA DA CONCEICAO

Idade: 60a 4m 9d  
Contatos: 81 - 30350875 / -

Endereço:  
MONSENHOR FERREIRA LIMA, 230 -  
IPUTINGA - 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

Ailton Cesar Ferreira de Sá Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE: 22106 / TEOF: 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:	

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

Prioridade: **URGENCIA**Cor:  AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR EM COLUNA 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



Hospital Metropolitano



IMIP

PACIENTE: GIBRILUS ATENDIMENTO: 09009280871 DATA E HORA: 16/05/2019 07:40  
NOME DO PACIENTE: ANTONIA EDETE SILVA DE OLIVEIRA  
NOME DA MÃE: EDETE MARIA DA CONCEICAO  
DATA DO NASC: 30/06/1958  
LEITO:

SEU: FENINHO  
IDADE: 60 Anos 10 Meses 16 Dias  
SUS: 70930228794931

## ENCAMINHAMENTO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA EM ONIBUS EM NOV 2018, SEGUINDO DE DOR LOMBAR E PERDA DE FORÇA EM MH11 - SIC. FOI INTERNADA NO SERVICO, TENDO FEITO TC/NIH QUE EVIDENCIARAM FRACTURA COM ALHATAMENTO DO CV DE L3, COM PERDA >50% DA ALTURA. FOI TRATADA DE FORMA CONSERVADORA, COM MANUTENÇÃO DE COLTE DE PUFFI VERTERBAL. APÓS 6 MESES, PERCISTE COM DOR LOMBAR, TC DE CONTROLE COM DISCRETA F.ORA DO ALHATAMENTO SIEUE EM ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE NEUROcirúrgica, AINDA NÃO ESTA AFASTADO A POSSIBILIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO (ANTRODSE LOMBAR). CID:

Dr. Inácio  
Med. Ortopedista  
CNPJ: 12.345.678/0001-00

16 de Maio de 2019 11:20  
INÉS SANTIAGO DE SANTOS  
CUM: NF-17510

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/PE  
HOSPITAL METROPOLITANO OESTE - PELOPIOMAS SILVEIRA  
BR 232 KM 06 - CUIABÁ - PE  
FONE: 31830200

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 ÔNIBUS 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 ÚLTIMOS 5 ANOS

DEAMBULANDO LIVREMENTE, REFERE FUNÇÕES ELIMINATÓRIAS SEM INTERCORRENCIAS, NEGA PARESTESIA OU IRRADIAÇÃO. TOLERA MENOS O DECUBITO LATERAL ESQUERDO É 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 MÍNIMA 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 NEURAIS

AO EXAME NEUROLÓGICO DE ALTA: SEM SINAIS FOCAIS.

OPTAMOS INICIALMENTE POR TRATAMENTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO CLÍNICO RADIOLÓGICO

### 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
- 4) DIPIRONA 500 VO 6-6H
- 5) TYLEX 30MG ATE 8/8H SE DOR
- 6) EM USO DE CINTA DE PUTTI AO SENTAR E DEAMBULAR. RETIRAR AO DEITAR. REALIZAR REPOUSO
- 7) MARCAR REAVALIAÇÃO EM AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA (DR BRENO/ DRA C CAROL) APOS 30 DIAS DA ALTA

### PROGRAMAÇÃO PÓS ALTA

AMBULATÓRIO EGRESO:

DATA DA CONSULTA NO AMBULATÓRIO EGRESO DO HPS:

HORA:

22 de Novembro de 2018 15:36

MARIA CAROLINA MARTINS DE LIMA - CRM: Nº.11914

Carolina Martins  
Neurocirurgia  
Cirurgia da Mente

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: 09202287914931

DATA DO NASC: 30/06/1958

LEITO:

## LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA EM ÔNIBUS EM NOV 2018, SEGUINDO DE DOR LOMBAR E PÉRDA DE FORÇA EM MMII - SÍC.

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

FOU 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 VERTÉBRAL.

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 SOUZA - CRM: Nº.17510

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

A autenticidade desse comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

7830.5883.C83A.A60C

CÓDIGO DE CONTROLE

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**

Cef

09 09 84

DOC ORIGEM

NATURAUDE  
NATURAUDE DA MATA - PE

30/06/1958  
DATA DE NASCIMENTO

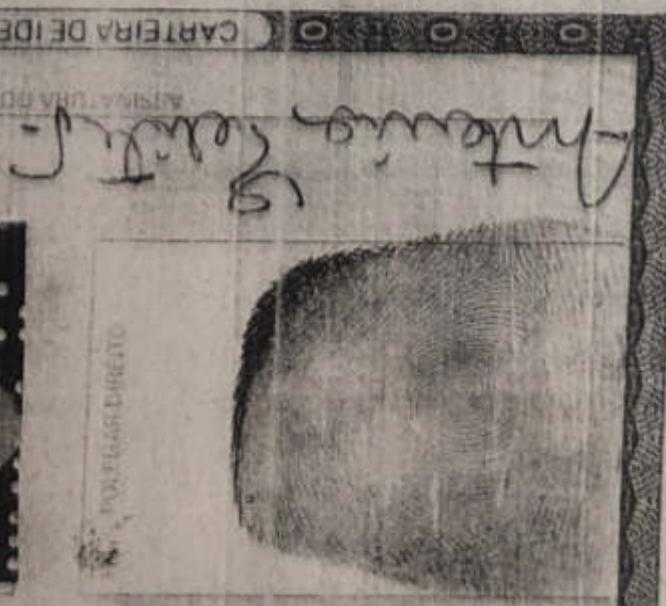
«EDITE MARIA DA CONCEICAO»

ERLACAO «SEVIRINO JOSE DA SILVA»

NOME «ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA»

REGISTRO 2.002.674  
DATA DE EXPEDICAO 29/08/2005

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SISTEMA DE DIRETIVA SOCIAL  
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÕES  
CAC-01

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Antônia Edic Sára de Oliveira

Data do Acidente: 03/11/2018 CPF da vítima: 353.674-49

Portador da documentação:

Qualificação do Portador:  Vítima  Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é: 300 - 06,58

Endereço do portador:

Número: Complemento:

Cidade: Bairro:

UF: CEP:

Telefone: ( )

Email:

## 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 - 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. (paiz ou tutor)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

### VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez 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 a seguir, nesse formulário

Obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (paiz ou tutor)

• 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

## PORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:

Identidade:

Assinatura:

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## 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