
Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

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



Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELOPORTADOR(A) DO RG Nº 3.778.645EXPEDIDO POR SDS/PEEM 10/09/2004CPF 709180904-15 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO VIGILANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0048 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0002731-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, 03 de junho de 2019

LOCAL E DATA

W.P. Nathália Paula A. Schain

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.




Nathalia Azevedo
CAB/PE 36.786

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0048 - ENCRUZILHADA. PE

DATA: 28/06/2019

TERMINAL: 1007

NSU: 000679

HORA: 12:09:34

AUT.: 0037

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000000

AGE/CONTA CREDITADA: 0048/1280/000.986.426.531-3

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

DEPOSITANTE:

M T

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

22.62

22.62

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

num.caixa.gov.br

Autorizacao de pagamento



0048-98642631-3

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu cartão magnético de poupança.

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva. Ouvidoria

1ª Via - Via Cliente



Boletim de ocorrência



DO

05 JUN 2019

Seguradora Lider DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114003675

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/04/2019 às 08:43

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia
15/2/2019 às 10:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OLINDA, 01** - Bairro: **SANTA TEREZA** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **POSTO COMBUSTÍVEL BR**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE.
(AUTOR/ AGENTE)
PROPRIETÁRIO DESCONHECIDO DO VEICULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE.
(OUTRO)
JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR
DESCONHECIDO DO VEICULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE.

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

JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DO
CARMO Pai: SEVERINO RODRIGUES DE MELO Data de Nascimento: 19/9/1974 Naturalidade: RECIFE /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3778645/SDS/PE (RG), 70918090416 (CPF) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares:
81985074202

Endereço Residencial: **RUA COLORADO, 18 - CEP: 52125200 - Bairro: CAMPINA DO BARRETO -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEICULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO
ACIDENTE. (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL

PROPRIETÁRIO DESCONHECIDO DO VEICULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO
ACIDENTE. (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

Nathália Azevedo
IASP

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

VEICULO PLACA NAO ANOTADA, PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE.
(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PROPRIETÁRIO DESCONHECIDO DO VEICULO PALIO WEKEEND,**
COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE., que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**
DO VEICULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE.

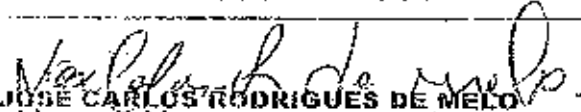
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

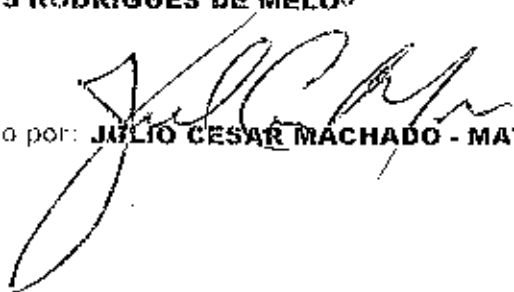
Descrição: **VEICULO PLACA NAO ANOTADA, PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE.**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO, QUEIXANDO QUE SOFREU UM ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. ALEGA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A VIA , QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEICULO DE PLACA NAO ANOTADA, PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE, ALEGA O QUEIXOSO QUE AO ATRAVESSAR A VIA, SOLICITOU PARADA, LEVANTANDO O BRAÇO PARA DEPIR PARADA PARA ATRAVESSAR, FOI QUANDO UM VEICULO PAROU, NO ENTANTO, O CONDUTOR DO PALIO WEEKEND, NAO RESPEITANDO A TRAVESSIA DO PEDESTER, " CORTOU O VEIUCLO QUE ESTAVA PARADO, ACELEROU, VINDO A ATROPELAR O QUEIXOSO. ALEGA O QUEIXOSO QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS DE OLINDA (PROTOCOLO 2019APH000501), PARA A UPA DE OLINDA, E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA (CLETO CAMPELO, S/N, CENTRO MORENO/PE) ATENDIMENTO 305648, PACIENTE 1620540, ONDE FOI CIRURGIADO. ALEGA O QUEXOSO QUE SOFREU UMA FRATURA NO PLATÔ TIBIAL DA PERNA DIREITA, E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

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


JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por:  JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-6


Nathalia Azevedo
OAB/PE 36.786





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Declaração de Inexistência de IML



Certidão nº 2019APH000501 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO, 44 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 3778645 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 709.180.904-15, residente à RUA COLORADO, nº 18, CHAO DE ESTRELA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 15/02/2019, por volta das 09:55 hs, no endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, S/N, VARADOURO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL PÁLIO WEED TREKKING, CINZA, KLV8538-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO, inscrito sob o CPF nº 709.180.904-15 e Registro Geral nº 3778645, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1422177. Ficou aos cuidados do médico DANTON MARTINS FILHO, registro 9886. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000501

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44


Nathália Azevedo
CAR/PE 36 786



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF da Vítima

709.180.904-95

Data do Acidente

15/02/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Nathalia Paula Azevedo de Sousa

CPF do Representante legal

084.496.894-74

Email

nathalia.pas@hotmail.com

Telefone (DDD)

(81) 99999-4683

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura
Nathalia Azevedo
084.496.894-74

Recife, 02 de maio de 2019

Local e Data

x José Carlos R. de Melo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Nathalia Paula Azevedo Sousa
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



004900



JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
COLORADO 18
PEIXINHOS
RECIFE - PE
52125.200

Comprovante de residência



319

Nathália Azevedo
OAB/PE 36.786

Notwithstanding the fact that the above information was obtained from a confidential source, the Bureau is not releasing this information to the public because it is not in the public interest to do so.

Todo o Brasil

vivo
FIBRA
Ultravelocidade
para sua casa.



4.5G
Planos para
toda a família.

Tem vivo pra tudo

Planos Família 4.5G com bônus de internet para
cliente Vivo Fibra.

+10GB

Escolha seu plano ideal e ganhe
10GB no celular todo mês. Aproveite!
Vá até uma Loja Vivo ou acesse vivo.com.br/pos

Esta oferta é para clientes ativo no Vivo Banda Larga Fibras com velocidade igual ou superior a 40Mbps que adquirir um plano titular Vivo Fibras Família, com o qual ganhará um bônus de 10GB de Internet. Benefício válido por 12 meses após aquisição. Sujeito à análise de crédito. Valores dos planos sujeitos a reajustes conforme legislação vigente. Ao atingir o limite de dados do plano, a internet será desativada conforme estabelecido em contrato. A velocidade de transmissão de dados em internet móvel pode variar, entre outros motivos, por fenômenos naturais, desastres naturais, distância da Estação Rádio Base e picos de tráfego. Consulte as informações, cobertura e condições para conhecer na velocidade 4.5G em www.vivo.com.br/pos. Oferta válida para adesão até 15/05/2019.



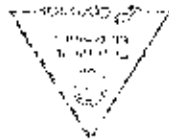
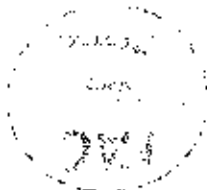
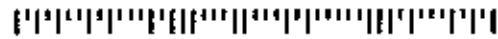
PARA USO DOS CORREIOS		
☐ 01 - UNDOUSE	☐ 02 - AUSENTE	Endereço em Serviço (se houver)
☐ 03 - ENDEREÇO INSUFICIENTE	☐ 04 - NÃO PROCESSADO	
☐ 05 - NÃO CASSER EMENDADO	☐ 06 - GRATO SANTIAGO	Tipo de Serviço (se houver)
☐ 07 - NÃO CASSER	☐ 08 - NÃO CASSER	
☐ 09 - NÃO CASSER	☐ 10 - NÃO CASSER	Módulo
☐ 11 - NÃO CASSER	☐ 12 - NÃO CASSER	
☐ 13 - NÃO CASSER	☐ 14 - NÃO CASSER	
☐ 15 - NÃO CASSER	☐ 16 - NÃO CASSER	

986136786
Nathalia Azevedo



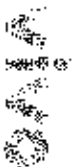
Vencimento
21/04/2019

52021-195 RECIFE PE
ENCRUZILHADA
AVENIDA NORTE MIGUEL ARRANES DE ALENCAR 1966
ANDRADE E AZEVEDO ADVOGADOS ASSOCIADOS



101
#JOCUEJUNTO

Patrocinadora
Oficial da Seleção
dos Brasileiros.



Oferta válida até 15/05/2019 para clientes Vivo Fibra com velocidade igual ou superior a 40Mbps que adquirir um plano titular Vivo Fibras Família, com o qual ganhará um bônus de 10GB de Internet. Benefício válido por 12 meses após aquisição. Sujeito à análise de crédito. Valores dos planos sujeitos a reajustes conforme legislação vigente. Ao atingir o limite de dados do plano, a internet será desativada conforme estabelecido em contrato. A velocidade de transmissão de dados em internet móvel pode variar, entre outros motivos, por fenômenos naturais, desastres naturais, distância da Estação Rádio Base e picos de tráfego. Consulte as informações, cobertura e condições para conhecer na velocidade 4.5G em www.vivo.com.br/pos. Oferta válida para adesão até 15/05/2019.

amazon
prime video

3 meses pagos
pela Vivo

R\$ 7,90
durante 6 meses

Depois,
R\$ 14,90/
mês

Aproveite e assista
a milhares de conteúdos
quando e onde quiser.
vivo.com.br/primevideo



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

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 Nathália Paula Azevedo Sobrinho

inscrito (a) no CPF/CNPJ 084.416.894 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Carlos Rodrigues de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.180.904 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Carlos Rodrigues de Melo

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.180.904-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogada 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: A.V. Neta Miguel Amato de Alencar Número: 1966 Complemento: Amato e Azevedo

Bairro: Encruzilhada Cidade: Recife Estado: PE CEP: 52.021-195

E-mail: nathalia.pas@hotmail.com Tel. (DDD): 3038-8283

Local e Data: Recife, 02 de maio de 2019

Nathália Paula Azevedo de Sobrinho

Assinatura do Declarante

Nathália Azevedo
OAB/PE 36.786

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para 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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².¹ 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 NATHÁLIA PAOLA AZEVEDO DE SABÓIAinscrito (a) no CPF/CNPJ 084.416.894 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioJOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.180.904 / 35do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELOinscrito (a) no CPF sob o Nº 709.180.904 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:Declaro Profissão: ADVOGADA 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: AV. NORTE MIGUEL ARRÔES DE ALEN CARNúmero: 1966

Complemento:

Bairro: ENCruzilhadaCidade: RECIFEEstado: PECEP: 52.021-195E-mail: NATHALIA.PAS@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

Local e Data: Recife, 03 de julho de 2019Nathália Paola Azevedo Sabóia

Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12



Atendimento: 1422177

Data e Hora: 15/02/2019 10:43

Senha da Classificação:

0134

Paciente: 501934 JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 19/09/1974 Idade: 44 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DO CARMO

Nome do Pai: SEVERINO RODRIGUES DE MELO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA GIRIQUITI BLO-21

APT: 301

Bairro: PEIXINHOS

Cidade/UF: OLINDA

RG (Identidade):

Cep: 53220010

Usuário Atendimento: ERIKATF

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Fone: 83202826

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino

Transferido

Para:

() Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Senha:

Documentação médica - hospitalar



IMOBILIZAÇÃO

UPA OLINDA
Dr. Danyson Martins Filho
Trauma / Ortopedista
CRM 9338

Nathalia Azevedo
OAB/PE 36.786



1422177

#HMA.

5620011

#Tsh
função como -
Paciente

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/02/2019 10:37

Nome Paciente: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 19/09/1974
Sexo: Masculino
Idade: 44
Senha: 0134
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 15/02/2019 10:39 - 15/02/2019 10:40

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO B
SQ E ESCORIAÇÕES. NEGA VOMITO E DESMAIO

Observação:

HAS E DM-
FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Criminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nathália Azevedo
OAB/PE 36 786

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/02/2019 10:40

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/03/2019 07:39

Atendimento: 305648 Entrada: 17/02/2019 Hora: 10:36
Plano: SUS ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp. RENATA HIRSCHLE GALINDO

Saída: 01/03/2019 Hora: 16:28
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.:

Paciente: 1620540 JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Nascimento: 19/09/1974 (44 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COLORADO
Bairro: CAMPINA DO BARRETO C.E.P.: 52121-505
Cidade: 2511606 RECIFE
Pai: SEVERINO RODRIGUES DE MELO
Mãe: JOSEFA MARIA DO CARMO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 70918090415
Identidade: 3778545 - SUS - PE
Telefone: 7 963202825
G. Instrução:
Ocupação: VIGILANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

~~Em: 17/02/2019 10:58~~

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

TRANSFERIDO DA UPA OLINDA PARA TRATAMENTO CIRURGICO

NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

TRAUMA: 15.02.2019 RELATA ATROPELAMENTO

Exame físico:

EDEMA MODERADO JOELHO DIREITO

PELE INTEGRAS; SEM FLICTENAS

RX JOELHO - FRATURA BICONDILAR

Hipótese diagnóstica:

FRATURA PLANALTO TIBIAL JOELHO DIREITO

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checkagem
01 -	TALA COXOPODALICA	
02 -	INTERNAMENTO	
03 -	PR-EOP	
04 -	P CARDIO	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (31) 3536-2013
Av. Getúlio Campelo, S/N-Moreno-PE

Página 1 de 1


Natália Azevedo
OAB/PE 36.786

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/03/2019 07:39

Atendimento: 305548 Entrada: 17/02/2019 Hora: 10:36
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Salda: 01/03/2019 Hora: 16:28
Matricula:
Identidade:
C.N.S.:

Paciente: 1620540 JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Nascimento: 19/09/1974 (44 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COLORADO
Bairro: CAMPINA DO BARRETO C.E.P.: 52121-505
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO RODRIGUES DE MELO
Mãe: JOSEFA MARIA DO CARMO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 70918090415
Identidade: 3778645 - SDS - PE
Telefone: 7983202826
G.Instrução:
Ocupação: VIGILANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/02/2019 - 12:47

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. LEONARDO SILVEIRA CRM 16118)

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Equipe:

Cirurgião: LEONARDO SILVEIRA - CRM : 16118

Aux 1: DR. THIAGO/DR. TERCIO

Anestesista: DRA VALÉRIA

Instrumentador: ESABELA

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE PLATO TIBIAL DIR

Cirurgia Realizada

OSTEOSSÍNTESE DE PLATO TIBIAL DIR

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

- 1 PACIENTE DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
- 2- Esvaziamento com SMARCH
- 3 ASSEPSIA + ANTESSEPSIA MID
- 4 APOSIÇÃO CAMPOS CIRURGICOS
- 5 INCISÃO POSTERO MEDIAL
- 6 DISSECÇÃO POR PLANOS
- 7 VISUALIZAÇÃO DIRETA DA FRATURA
- 8 REDUÇÃO CRUENTA
- 9 FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA EM T E PARAFUSOS
- 10 INCISÃO ANTERO LATERAL
- 11 DISSECÇÃO POR PLANOS
- 12 VISUALIZADO FRATURA DE PLATO LATERAL COM AFUNDAENTO CENTRAL COM LESÃO DO MENISCO LATERAL

Hospital Memorial Armindo Moura
SABIE
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (31) 3055-2113
Av. Celso Campello, 874-5

Nathália Azevedo
DABIFE 36 786

- 13 REALIZADO ELEVAÇÃO DO AFUNDAMENTO, REDUÇÃO CRUENTA SEGUIDO DE FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA EM L E PARAFUSOS
- 14 OBSERVADO BOA REDUÇÃO SOB RADIOESCOPIA
- 15 LIMPEZA COM SF 0,9%
- 16 SUTURA POR PLANOS
- 17 CURATIVO

Materiais PROSMED

- 01 PLACA DIREITA 07 FUROS
- PARAFUSOS DE GRANDES FRAGMENTOS
 - 04 ESPONJOSOS
 - 03 CORTICAIS
- 01 PLACA EM T 6 FUROS
- PARAFUSOS DE PEQUENOS FRAGMENTOS
 - 03 CORTICAIS

Hospital Memorial e Centro Médico
SAM
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cláudio Campesinato, 100 - PE


Nathália Azevedo
OAB/PE 36.786



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO (1020540)

Admissão: 305648

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro, para fins de atestados, que o paciente JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO é portador do diagnóstico de FRATURA PLATÔ TIBIAL DEITO.

CID: 843.82.100

Permaneceu internado do dia 17/02/2019 a 24/02/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 22/02/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 24/02/2019.

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Joelho e Artroscopia
CRM 16118 - SBO 12003 AG 418.0

LEONARDO SILVEIRA - CRESEPE: 16118

RETORNO: 08/03/2019

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 06:00HS

MÉDICO: LEONARDO SILVEIRA

ATENÇÃO: QUALQUER AVISO DE PLACAR RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Copiar para a empresa

01 - Copiar para o paciente

Este documento está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/02/2019 às 13:03

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Joelho e Artroscopia
CRM 16118 - SBO 12003 AG 418.0

Dr. (a) LEONARDO SILVEIRA

CRM: 16118

Nathália Azevedo
OAB/PE 36.786



Armirido Moura

Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELLO

Admissão: 305048

Procedimento: ENFERMAGEM (PACIENTE INTERNO)

Enfermarias:

Leito: LEITO 01

Unidade de Especialização: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: LEONARDO FLORENTINO - ORT - 16118

Aux 1: DRA. THAYSON TERCIO

Anestesista: DR. VALÉRIA

Instrumental: ESADOLA

Diagnóstico: Fratura de Platô

FRATURA DE PLATÔ BILATERAL

Cirurgia realizada:

OSTEOTOMIA DE PLATÔ BILATERAL

Diagnóstico: Fratura de Platô

Ortopedia

Diagnóstico: Fratura de Platô

Ortopedia

Diagnóstico: Fratura de Platô

Ortopedia

1. PACIENTE POSICIONADO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

2. POSICIONAMENTO COM CINTA

3. ADEQUAÇÃO DO CINTO MEDIAL

4. ADEQUAÇÃO DO CINTO CIRCUNDAR

5. INSERÇÃO DO CINTO MEDIAL

6. INSERÇÃO DO CINTO CIRCUNDAR

7. VISUALIZAÇÃO DA FRATURA

8. REDUÇÃO CRUENTA

9. FIXAÇÃO DE PLACA COM PLACA EM T E PARAFUSOS

10. REDUÇÃO DO CINTO MEDIAL

11. REDUÇÃO DO CINTO CIRCUNDAR

12. VISUALIZAÇÃO DA FRATURA DE PLATÔ LATERAL COM AFUNDAENTO CENTRAL COM

LENÇOLINHA LATERAL

13. REDUÇÃO DO AFUNDAENTO REDUÇÃO CRUENTA SEGUIDO DE

FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA EM T E PARAFUSOS

14. REDUÇÃO DA FRATURA SOB RADIOSCOPIA

15. REDUÇÃO DA FRATURA

16. REDUÇÃO DA FRATURA

17. REDUÇÃO DA FRATURA

18. REDUÇÃO DA FRATURA

19. REDUÇÃO DA FRATURA

20. REDUÇÃO DA FRATURA

21. REDUÇÃO DA FRATURA

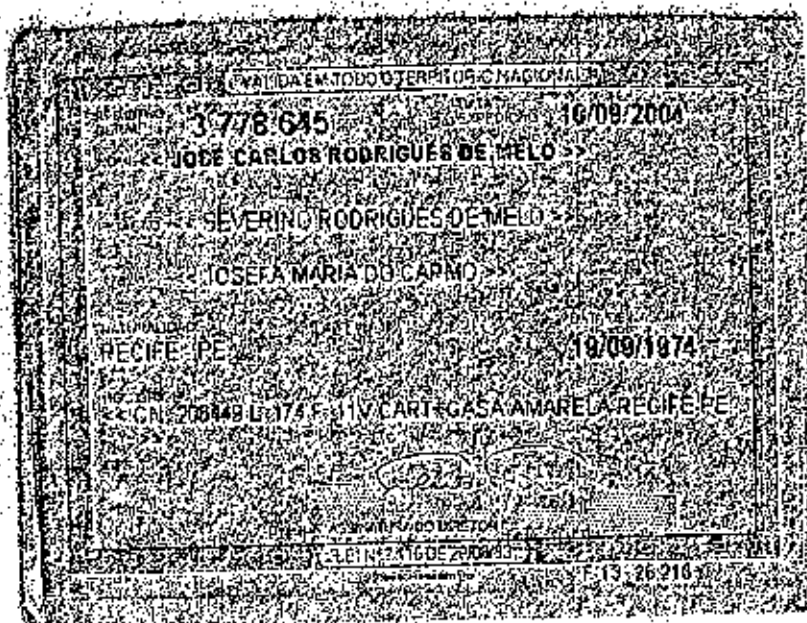
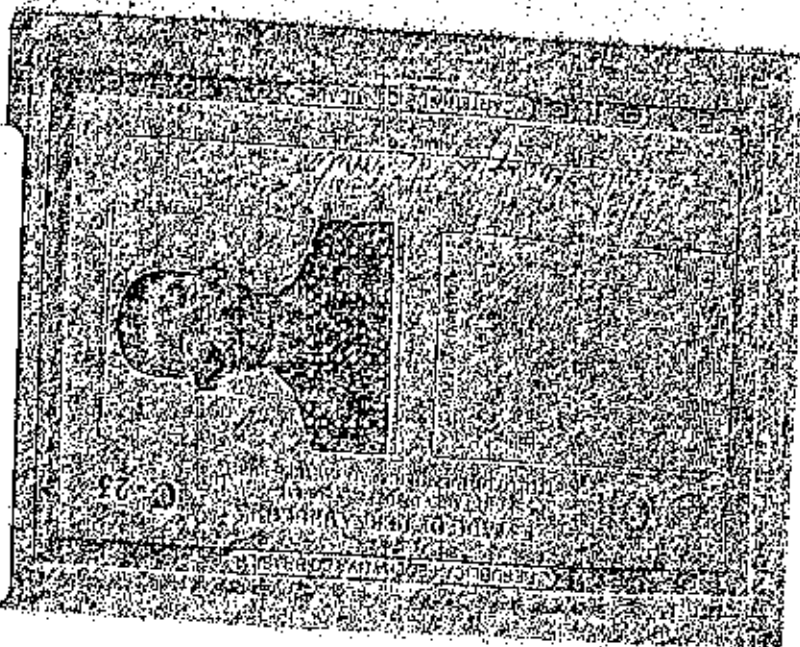
22. REDUÇÃO DA FRATURA

23. REDUÇÃO DA FRATURA

24. REDUÇÃO DA FRATURA

25. REDUÇÃO DA FRATURA

Dr. Armirido Moura
Cirurgião Especialista em Ortopedia
CRM 16118 - SGT 1200310-4/0114




 Nathália Azevedo
 OAB/PE 36.786

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 CENSO DE PERSONAS
 Nº DE INSCRIÇÃO: 709190904
 Nº DE INSCRIÇÃO: 709190904
 NOME COMPLETO: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
 DATA DE NASCIMENTO: 19.09.74
 ASSINATURA: *Jose Carlos Rodrigues de Melo*
 TEM A VALIDADE SOMENTE COM A PRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO ORIGINAL


 Nathália Azevedo
 CARIPE 36 / 86

TEM SE PUBLICA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL 312058886

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 15 da Lei nº 8.008/84)



ASSINATURA DO TITULAR

Nathalia Paola Azevedo de Saboia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

REPÚBLICA 36786

NOME:
NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA

FILIAÇÃO:
FRANCISCO RÔMULO MELO DE SABOIA
PATRIZIA DAYSE DANTAS DE AZEVEDO

NACIONALIDADE:
NATAL: AN

DATA DE NASCIMENTO:
23/03/1991

CPF:
1595798307 - SSP/BA

DATA DE REGISTRO:
06/04/2014

DATA DE EXERCÍCIO:
01/29/09/2014

PEDRO HENRIQUE BRAGA REYNALDOS ALVES
PRESIDENTE


Nathalia Azevedo
OAB/PE 36.786

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO

DATA DO ACIDENTE 15/02/19 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 709.180.904-15

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário –
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originals)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Nathalia Paula Azevedo de Sousa

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador 084.16.894-74

E-mail: nathalia.paula@hotmail.com Tel: 099889-4683

Data: 03/06/19 Assinatura: Nathalia Paula Azevedo de Sousa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) GEF ou Cons Aguiari

Atendente: Raymonara Lameira Matrícula: 7585190

Data: 03/06/19 Assinatura: Raymonara Lameira

**DECLARAÇÃO DE
PREVENÇÃO A
LAVAGEM DE
DINHEIRO**

**DOCUMENTOS DE
IDENTIFICAÇÃO DA
PROCURADORA: OAB
E COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA**

PROCURAÇÃO

**DECLARAÇÃO DE
AUSÊNCIA DE LAUDO
DO IML**

**CERTIDÃO DE
ATENDIMENTO DO
CORPO DE
BOMBEIROS**

**BOLETIM DE
OCORRÊNCIA DO
ACIDENTE**

DOCUMENTOS
PESSOAIS DA VÍTIMA:
RG, CPF,
COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA E CONTA
BANCÁRIA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199375/19

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS RODRIGUES
DE MELO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA : 084.416.894-74

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

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO : 709.180.904-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
CPF: 709.180.904-15

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199375/19

Número do Sinistro: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS RODRIGUES
DE MELO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA : 084.416.894-74

Dedaração Circular SUSEP 445/12

Procuração

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO : 709.180.904-15

Autorização de pagamento

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019

Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



Em caso de dúvida, 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 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

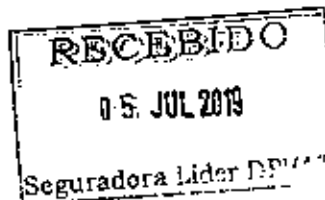
Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0158501516 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14478283

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190376484** 3 - CPF da vítima: **709.180.904-15** 4 - Nome completo da vítima: **JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO**

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

5 - Nome completo: **NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABÓIA** 6 - CPF: **084.416.894-74**
7 - Profissão: **ADVOGADA** 8 - Endereço: **AV. NORTE MIGUELARRAES DE ALENCAR** 9 - Número: **1966** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **ENCRUZILHADA** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **52.021-195**
15 - E-mail: **NATHALIA.PAS@HOTMAIL.COM** 16 - Tel. (DDD): **(81) 99999-4683**

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\$1.001,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0048** ☐ CONTA: **986426531** ☐ 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 8º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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): ☐ 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 doou nascituro (voluntária)? ☐ 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 Líder 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Recife, 03 de julho de 2019**

Nathalia Paula Azevedo Sabóia

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ANDRADE & AZEVEDO
- ADVOGADOS ASSOCIADOS -

PROCURAÇÃO



PROCURAÇÃO/ CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO, brasileiro, em união estável, vigilante, portador do RG nº 3.778.645 SDS/PE, inscrito no CPF sob nº 709.180.904-15, com endereço na Rua Colorado, nº 18, Peixinhos, Olinda/PE, CEP: 52.125-200;

OUTORGADAS: Nathália Paola Azevedo de Sabóia, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 36.786, e-mail: nathalia.pas@hotmail.com, e Tarcila Fernanda Pacheco Martins de Andrade, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PR sob nº 47.443 e OAB/PE sob nº 1.658-A, e-mail: tarcilafernanda@msn.com, ambas com endereço na Av. Norte Governador Miguel Arraes, nº 1966, Encruzilhada, Recife/PE, CEP: 52041-080.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "Ad Judicio", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante administrativamente e judicialmente para requerer indenização do seguro DPVAT e o perante INSS, Justiça Federal, Justiça Estadual, e/ou Justiça do Trabalho, conferindo-lhe poderes especiais para substabelecer, renunciar ao direito ao qual se funda o objeto da ação, firmar acordos e inclusive para renunciar aos valores que porventura excederem o teto dos juizados especiais.

DECLARAÇÃO: A parte Outorgante declara, para os devidos fins de direito, que não possui condições de litigar em juízo sem prejuízo pecuniário próprio ou de sua família, pelo que requer os benefícios da justiça gratuita nos termos do Art. 4º, § 1º da Lei 1060/50.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos através da demanda, sendo que a parte Outorgante autoriza, desde já, a retenção dos honorários advocatícios em favor de ANDRADE & AZEVEDO ADVOGADOS ASSOCIADOS, pessoa jurídica inscrita no CNPJ/MF sob nº 30.653534/0001-88, por ocasião do pagamento judicial ou administrativo.

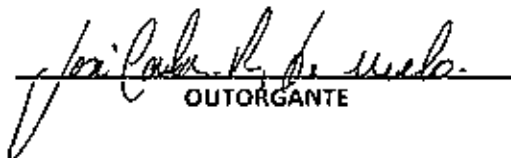
Parágrafo 1 - O contratante é responsável por todas as informações prestadas, bem como documentações fornecidas ao contratado para o ingresso da ação.

Parágrafo 2 - O contratante está ciente de que a condução técnica do processo cabe exclusivamente as contratadas.

Parágrafo 3 - No caso de desistência do processo após o ajuizamento, se compromete a contratante ao pagamento do valor de um salário mínimo vigente às contratadas no ato de desistência.

Parágrafo 4 - No caso de reconhecimento administrativo superveniente ao ajuizamento judicial, e/ou a prática de atos administrativos por parte das Contratadas após a assinatura do presente contrato são devidos os honorários contratados, no percentual de 30% dos benefícios econômicos auferidos, assim como no caso de substabelecimento.

Recife, 02 de maio de 2019.


OUTORGANTE

tarcilafernanda@msn.com



ANDRADE & AZEVEDO
ADVOCADOS ASSOCIADOS



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DA ENCruzilhada
7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA COMARCA DE RECIFE - PE
Endereço: Belém, 108 - Fone: (81) 3242-8977 / 3427-4581
Reconheço POR SEMELHANÇA a FIMPA - IMCILADA DE
JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Recife, 03 de julho de 2019 14:12:16
Em testemunho a verdade Robson Freitas de
Melo (Escrivente Substituto) M. L. L.
Emol.: R\$ 3,99 TSMR R\$ 0,80 FERN R\$ 0,04 FUNSEG
R\$ 0,08 Total R\$ 4,91
Válido somente com o selo
0074203.KCT06201901.05469

Romero Longman
Titular

Procuração



PROCURAÇÃO/ CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO, brasileiro, união estável, vigilante, portador do RG nº 3.778.645 SDS PE, inscrito no CPF sob nº 709.180.904-15, com endereço na Rua Colorado, nº 18, Campina do Barreto, Chão de Estrelas, Recife, Pernambuco, CEP 52.125-200;

OUTORGADAS: Nathália Paola Azevedo de Sabóia, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 36.786, e-mail: nathalia.pas@hotmail.com, e Tarcila Fernanda Pacheco Martins de Andrade, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PR sob nº 47.443 e OAB/PE sob nº 1.658-A, e-mail: tarcilafernanda@msn.com, ambas com endereço na Av. Norte Governador Miguel Arraes, nº 1966, Encruzilhada, Recife/PE, CEP: 52041-080.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "Ad Judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante O INSS, Justiça Federal, Justiça Estadual, e/ou Justiça do Trabalho, bem como conferindo-lhe amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, além de poderes especiais para substabelecer, renunciar ao direito ao qual se funda o objeto da ação, firmar acordos e inclusive para renunciar aos valores que porventura excederem o teto dos juizados especiais.

DECLARAÇÃO: A parte Outorgante declara, para os devidos fins de direito, que não possui condições de litigar em juízo sem prejuízo pecuniário próprio ou de sua família, pelo que requer os benefícios da justiça gratuita nos termos do Art. 4º, § 1º da Lei 1060/50.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos através da demanda, sendo que a parte Outorgante autoriza, desde já, a retenção dos honorários advocatícios em favor de ANDRADE & AZEVEDO ADVOGADOS ASSOCIADOS, pessoa jurídica inscrita no CNPJ/MF sob nº 30.553534/0001-88, por ocasião do pagamento judicial ou administrativo.

Parágrafo 1 - O contratante é responsável por todas as informações prestadas, bem como documentações fornecidas ao contratado para o ingresso da ação.

Parágrafo 2 - O contratante está ciente de que a condução técnica do processo cabe exclusivamente as contratadas.

Parágrafo 3 - No caso de desistência do processo após o ajuizamento, se compromete a contratante ao pagamento do valor de um salário mínimo vigente as contratadas no ato de desistência.

Parágrafo 4 - No caso de reconhecimento administrativo superveniente ao ajuizamento judicial, e/ou a prática de atos administrativos por parte das Contratadas após a assinatura do presente contrato são devidos os honorários contratados, no percentual de 30% dos benefícios econômicos auferidos, assim como no caso de substabelecimento.

Recife, 03 de JULHO de 2019.



tarcilafernanda@msn.com

José Carlos Rodrigues de Melo,
OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199375/19

Número do Sinistro: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA : 084.416.894-74

Declaração Circular SUSEP 445/12

Procuração

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO : 709.180.904-15

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019
Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
CPF: 709.180.904-15

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199375/19

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA : 084.416.894-74

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

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO : 709.180.904-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
CPF: 709.180.904-15

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO