

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

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200354095**

Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Data do Acidente: 26/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE MARIA DA SILVA ENES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**

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

Banco: **237**

Agência: **000005923-4**

Conta: **000004223-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
068.055.914-06		Michèle Maria da Silva Enes		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Profissão:	
Michèle Maria da Silva Enes		068.055.914-06		Recepcionista
8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:	
Rua Nova	19			
11 - Bairro:	12 - Cidade:		13 - Estado:	
Rua Nova	Caetés		PE	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		14 - CEP:	
	(83) 9.9258-3087		55360-000	

DADOS CADASTRAIS

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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 5923	CONTA: 4223	4	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	4	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a 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 fins de pagamento 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 ao pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nasceu)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima tem irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> 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

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)

40 - Local e Data, Caetés 03/09/2020

Xelchile Maria da Silva Enes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

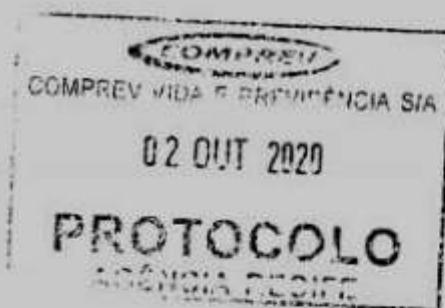
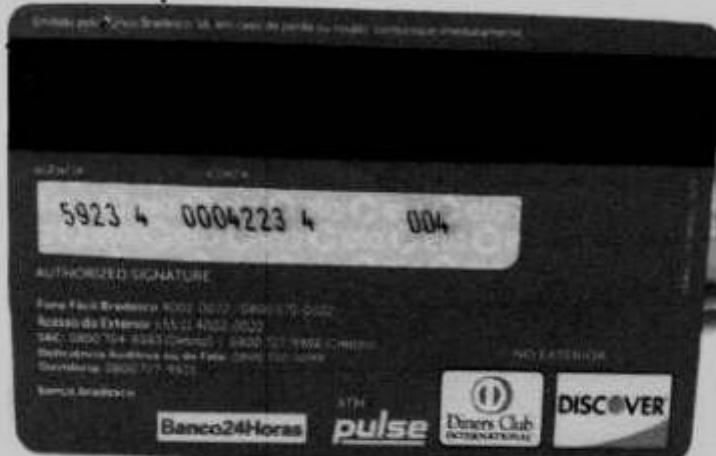
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 140ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAETÉS - DP140ªCIRC
 DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0230000269**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/07/2020** às **10:47**

Completa o BO Número: **20E0230000265**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/6/2020** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAETES, 1, BR 424 - SÍTIO LAGUINHA - ZONA RURAL DE CAETÉS** - Bairro: **CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (AUTOR / AGENTE)
 ADEMIR PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
 KAIK DA SILVA ENES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**

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

COMPREV
COMPREV VIDA E PROSPERIDADE S/A

02-OUT-2020

PROTOCOLO

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA APARECIDA VIGENTE DA SILVA** Pai: **GILDO FEITOZA DA SILVA** Data de Nascimento: **11/5/1987** Naturalidade: **GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **558151528/SSP/SP (RG), 06805591406 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 87998040841

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**

KAIK DA SILVA ENES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MICHELE MARIA DA SILVA ENES** Pai: **JOSÉ AGNALDO ENES** Data de Nascimento: **20/11/2005** Naturalidade: **CAETES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **558150949/SSP/SP (RG), 15973747417 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADEMIR PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MICHELE MARIA DA SILVA ENES ESTAVA TRANSITANDO PELA BR 424 NA MEDIAÇÃO DO SÍTIO LAGUINHA, ZONA RUARAL DE CAETÉS COM SEU FILHO DE 14 ANOS, KAIK DA SILVA ENES, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E SAIU DA PISTA E CAIU DO VEÍCULO SENDO PROJETADA PARA FRENTE CAINDO NO CHÃO EM SEGUIDA, NA QUEDA FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO TENDO SIDO LEVADA POR PARENTES ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAETÉS ONDE OBTVE OS PRIMEROS SOCORROS CONFORME PRONTUÁRIO APRESENTADO, A VÍTIMA POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A CIRUGIA EM GARANHUNS, O SEU FILHO, KAIK TEVE FRATURA NO PUNHO E TAMBÉM FOI SUBMETIDO A ATENDIMENTO MÉDICO. INFORMA QUE NA OCASIÃO NÃO HOUVE TERCEIRO ENVOLVIDO NA OCORRÊNCIA. POR FIM PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REGISTRO DO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

Michele Maria da Silva Enes

MICHELE MARIA DA SILVA ENES
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: RAFAEL SOUZA DE CARVALHO - Matrícula: 3873307





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 140ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAETÉS - DP140ª CIRC DINTER1/18ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0230000265

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/07/2020 às 10:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 26/7/2020 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CAETÉS, 1, BR 424 - SITIO LAGUINHA - ZONA RURAL DE CAETÉS - Bairro: CENTRO - CAETÉS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (AUTOR) AGENTE
KAIK DA SILVA ENES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): MICHELE MARIA DA SILVA ENES

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

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA Pai: GILDO FEITOZA DA SILVA Data de Nascimento: 11/5/1987 Naturalidade: GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 558151528/SSP/SP (RG) - 05805591406 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87998040841

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAETÉS, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETÉS/PERNAMBUCO/BRASIL

KAIK DA SILVA ENES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Filho(a): MICHELE MARIA DA SILVA ENES Pai: JOSÉ AGNALDO ENES Data de Nascimento: 20/11/2005 Naturalidade: CAETÉS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 558150949/SSP/SP (RG) - 15973747417 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAETÉS, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETÉS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJW6366** (PERNAMBUCO/GARANHUNS) Chassi: **9C2HB0210BR048194**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADEMIR PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a)
 Sr(a): **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJW6366** (PERNAMBUCO/GARANHUNS) Chassi: **9C2HB02108R048194**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

MICHELE MARIA DA SILVA ENES ESTAVA TRANSITANDO PELA BR 424 NA MEDIAÇÃO DO SÍTIO LAGUINHA, ZONA RUARAL DE CAETÉS COM SEU FILHO DE 14 ANOS, KAIK DA SILVA ENES, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E SAIU DA PISTA E CAIU DO VEÍCULO SENDO PROJETADA PARA FRENTE CAINDO NO CHÃO EM SEGUIDA, NA QUEDA FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO TENDO SIDO LEVADA POR PARENTES ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAETÉS ONDE OBTEVE OS PRIMEROS SOCORROS CONFORME PRONTUÁRIO APRESENTADO, A VÍTIMA POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA EM GARANHUNS, O SEU FILHO, KAIK TEVE FRATURA NO PUNHO E TAMBÉM FOI SUBMETIDO A ATENDIMENTO MÉDICO. INFORMA QUE NA OCASIÃO NÃO HOUVE TERCEIRO ENVOLVIDO NA OCORRÊNCIA. POR FIM PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REGISTRO DO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

Michele Maria da Silva Enes

MICHELE MARIA DA SILVA ENES
 (AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **RAFAEL SOUZA DE CARVALHO** - Matrícula: **3873307**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
068.055.914-06		Michèle Maria da Silva Enes		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Profissão:	
Michèle Maria da Silva Enes		068.055.914-06		Recepcionista
8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:	
Rua Nova	19			
11 - Bairro:	12 - Cidade:		13 - Estado:	
Rua Nova	Caetés		PE	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		14 - CEP:	
	(83) 9.9258-3087		55360-000	

DADOS CADASTRAIS

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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 5923	CONTA: 4223	4	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	4	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a 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 fins de pagamento 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 ao pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nasceu)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima tem irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> 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

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, Caetés 03/09/2020

Xelchile Maria da Silva Enes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

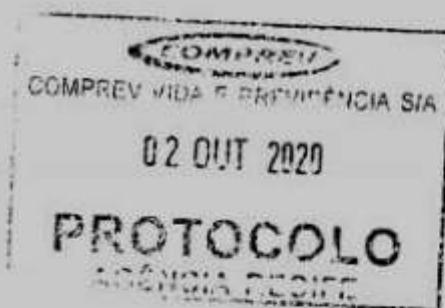
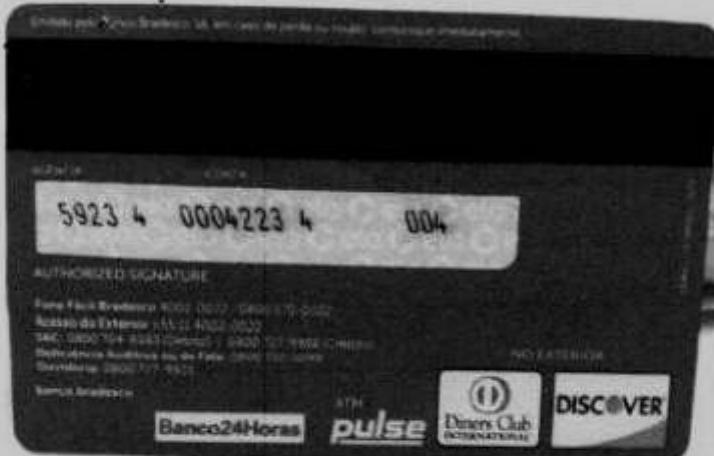
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

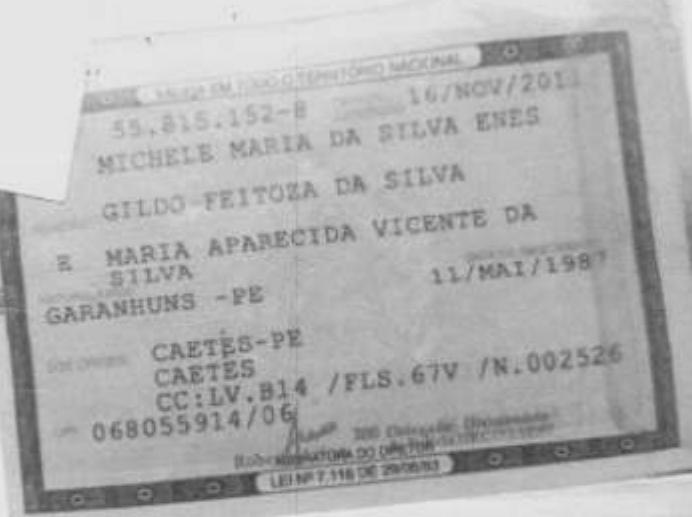
BANCO: 237

AGÊNCIA: 05923-4

CONTA: 00000004223-4

Nr. Autenticação

BRADESCO9102020050000000002370592300000004223168750 PAGO



COMPREV VIDA & PREVIDÊNCIA S/A
02 OUT 2020

PROTÓCOLO
PREVIDÊNCIA PESSE

0000000000
0000000000
0000000000
0000000000
0000000000

0000000000



Editora Sociedade de Energia Elétrica - Ceará - LEI 13.430 de 2019/02

NOTA FISCAL - FATURA - CORTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELESTE Energia S.A. - Potiguar
Av. Presidente Kennedy, 111 - Rio Vermelho - PE - CEP 50000-000
CNPJ 00.320.212/0001-76 / Fone: (81) 3404-4000 / 3404-4001

DETALHES DO CLIENTE

BRUNELLE MARIA LIMA SOUZA E SÁ

CEP: 50130-070-0114-00700-56453400033

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TRAJANO NOVA 19 - B

CLASSIFICAÇÃO

01 - RESIDENCIAL
02 - INDUSTRIAL
03 - COMERCIAL
04 - PÚBLICO

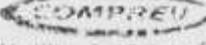
112798138	UNICA	23/06/2020
23/06/2020	23/06/2020	0.73

CONSUMIDOR	PERÍODO
7029127500	06/2020
27/07/2020	23/07/2020
	0.73

DETALHES DA NOTA FISCAL

Consumo: 7.110 kWh
Consumo: 15.000 kWh
Cortes: 001 - Pecúnia Municipal

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo: 7.110 kWh	00.00000000	0.00000000	0.00
Consumo: 15.000 kWh	00.00000000	0.00000000	0.00
Cortes: 001 - Pecúnia Municipal	00.00000000	0.00000000	0.73


COMPREU - NÚMERO DE DOCUMENTO SIA

02 OUT 2020

PROTÓCOLO
- PECÚNIA FEDERATIVA -



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora, **MICHELE MARIA DA SILVA ENES** Portador da Carteira de Identidade nº **55.615.152-8 SDS/SP**, residente e domiciliado na Rua Nova, Centro, no Município de Caetés do Estado de Pernambuco, deu entrada no Hospital Luiza Pereira de Carvalho, no dia 26 de Junho de 2020, vítima moto ciclístico, conforme cópia do Relatório de Emergência, em anexo.

Após os Primeiros Socorros, foi transferido para o Hospital regional Dom Moura, no município de Garanhuns – PE, para os procedimentos necessários.

Sem mais para o momento.

Caetés – PE, 14 de Julho de 2020.

02 OUT 2020

PROTÓCOLO
SÉRIE F

Marco Antônio Leal Calado Filho
Secretário de Saúde Municipal de Caetés - PE

Marco Antônio Leal Calado Filho
Secretário de Saúde
Portaria nº 008/2017

Unidade Mista Luiza Pereira de Carvalho
Caetés

Relatório de Enfermagem 26/06/2020

Médico: Erida

Enfermeira: Gleice

Téc. Enfermagem: Érika, Kamylla, Fáis

Motorista: Amuri, José Melquiades

Ligante: Reginaldo

Recepcão: Cristiane

Téc. Raios X: Romário

"Gesso"

Atendimentos = 34

Procedimentos = Vários

Internamentos = 0

Transferências = 02

Desenvolvimentos = 20

Óbito = 0

"Visentias"

As + 16:00 horas da entrada neste 02/06/2020
micheli maria da Silva Enes sol. 33 anos e baixa da silva
22.14000 residente na Rua Nova amb. ACENDA PECIFICA
de moto, ela com fratura clavícula esquerda, fratura
de punho esquerdo ambo entaminhados para o HRDM.



Plantão agitado, setor limpo e organizado

Érika, Kamylla, Fáis

FICHA DE ATENDIMENTO

Júmero do Registro 978370	Data e Hora do Atendimento 26/06/2020 às 17:25:02	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPEDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025206813 - MICHELE MARIA DA SILVA ENES	Idade: 33 anos	Sexo: Feminino	Cor: Parda
CNS: 705603427419215	Nascimento: 11/05/1987		
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: agricultora	Naturalidade: GARANHUNS	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: RG - 558151528	Filiação: Pai: Mãe: M ^a APARECIDA VICENTE DA SILVA		

Endereço (Av., Rua, etc): RUA PROJETDA 02, N ^o . 01	Complemento:
Bairro:	Cidade: Caetés

Acompanhante:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Procedência: Caetés	Meio de Transporte:

Atendimento Médico:	Médico:	CRM:
01/06/2020 17:37	Dr. José Sávio Góes	CRM: 12352 Fone: 186 429 564-00

Queixa Principal:	IDA:	CRM: 1230
-------------------	------	-----------

*Policia Militar
Aberto à metade e queimado*

História do Trauma:	Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	02 OUT 2020

Exame físico:	PROTOCOLO
A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temperatura: °C

B: Respiratório	
C: Circulatório	PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Cód. Procedimento

JOSE ALMEIDA S. Neto
Tratamento 12352
CRM 18304-00
Ass. Enfermeira + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Condição da Alta:

Curado Melhorado

Inalterado Piorado

Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

02 OUT 2020

COMPARECIMENTO
COMPRAV. MATER. P. HOSPITALARIA S/A

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
----------------	----------	---------	-------	------

Nome: *Márcia Maria* Idade:

Situação/Queda:

Onça de mato +

Acidente em Braga

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
------------	-------------	----------	-------------------

Doenças Preexistentes:

Medicações em uso:

INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

PARÂMETROS

PA <i>170/80 P.</i>	R	T	SpO2	HGT	Peso	Glasgow	<i>08</i>
---------------------	---	---	------	-----	------	---------	-----------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	<i>Cianose</i>
Palidez	Sudorese		<i>COMPRENSÃO DA PRESENÇA DA DOR</i>

INTENSA	MODERADA	02 OUT 2020	LEVE
---------	----------	-------------	------

Duração da dor:	<i>1 hora</i>		
Localização:	<i>peito</i>		

IRRADIADA DA DOR					
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS					
REGIÃO DE SAÚDE					
Braço E	Braço D	Escápula	DOM Molar/Maxilar	Tórax posterior	Abdômen

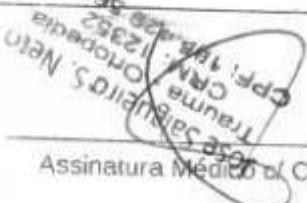
DOR PRESENTE		QUANDO RESPIRA
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	

Fluxograma: <i>ao ortop</i>	<i>26/06/2020</i>	<i>Juc</i>
-----------------------------	-------------------	------------

Data: <i>26/06/2020</i>	Assinatura/Carimbo
-------------------------	--------------------

FICHA DE INTERNAÇÃO

Número do Registro 339064	Data e Hora do Atendimento 26/06/2020 22:20	CNS 705603427419215	Local:	
Paciente: 000146534 MICHELE MARIA DA SILVA ENES	Nascimento: 11/05/1987	Idade: 33	Sexo: Feminino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Casado(a)	Profissão:	Naturalidade:		
Documento: 068.055.914-06	Filiação: Pai: GILDO FEITOZA DA SILVA Mãe: MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA			
Endereço: RUA Bairro: CENTRO	PROJETADA 4 Cidade: CAETES	Nº: 13	Complemento: UF: PE	CEP:
Telefone fixo:	Telefone Celular: (87) 99629-4400			
Convênio: Particular	Categoria:	Matrícula:		
Nome: JOSE SALGUEIRO DA SILVA NETO	CRM:			
Enfermagem: Posto - B	Leito: QTO. 19 LEITO 1			
Histórico:	<i>Paciente Vitime de infarto</i> <i>8 meses ho 7 12 horas</i>			
Anamnese:				
Exame médico físico:	<i>Portafolio + Defesa Sobe</i> <i>do cocôs ob</i>			
Diagnóstico:	<i>Paciente 1/3 feminino Vaneo qd</i>			
Alamamento:	<i>5422</i> Hipótese diagnóstica: <i>Obstru</i>			
Data da alta: 28/06/2020		Motivo:	<i>Deu 5 horas</i>	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO				
02 OUT 2020				
<p><i>6 Ana Beatriz da Silva</i> pelo presente termo, autorizo aos médicos (CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. IRIGIAS, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos plenos direitos para o tratamento indicado, condizente necessários e em observação às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com e nosocomio. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.</p>				
PROTÓCOLO				

Assinatura Médico / Carimbo

 CPF: 156.156.023-52 Nefi

Ana Beatriz da Silva
 Assinatura / Responsável



CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.
Av. Simôa Gomes, 33- Fone: (87) 3762.2002 / (87) 3762.2003 - Heliópolis
Garanhuns - Pernambuco
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

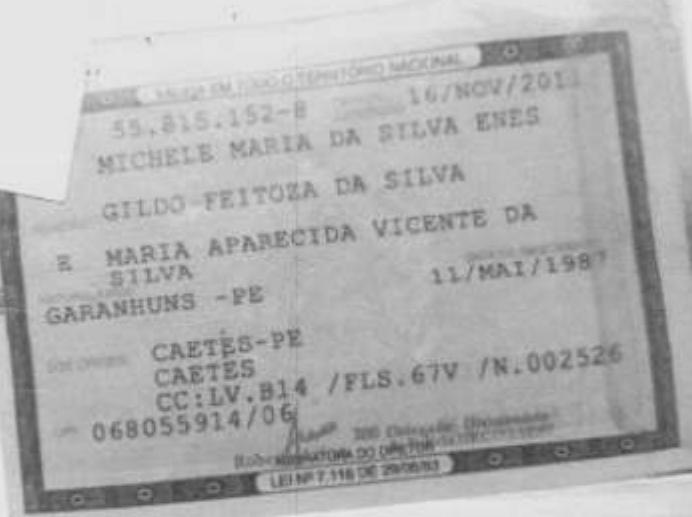
EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Michelle Warren CATEGORIA: Art
ENFERMAGEM: 73 LEITO: 19 Nº DO REGISTRO: 146534

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE		
NOME DO PACIENTE	NÚMERO DO REGISTRO	
CLÍNICA	NÚMERO DO LEITO	
OPERADOR		
1º ASSISTENTE	2º ASSISTENTE	
INSTRUMENTADOR	ANESTESISTA	
ESTÉSIA	DURAÇÃO	
DATA DA OPERAÇÃO	INÍCIO	FIM
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Motone 1/3 Pernambucano	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	O meus	
OPERAÇÃO PROPOSTA	Trafarreto Cinefíco	
OPERAÇÃO REALIZADA	A meus	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO Paciente sob anestesia em <u>fundo</u> <u>de</u> <u>lado</u> Anestesia + anestesia Cefalocervis \rightarrow <u>lateral</u> <u>operatório</u> Abertura por placa 02 OUT 2020 Ressecção <u>anfífico</u> + <u>fractogéico</u> Entina por placa Protocolo Trafarreto		

1
 José Patrício S. Neto
 Trauma - Ortopedia
 CRM: 12352
 CPF: 085.429.584-00



COMPREV VIDA & PREVIDÊNCIA S/A
02 OUT 2020

PROTÓCOLO
PREVIDÊNCIA PESSE

0000000000
0000000000
0000000000
0000000000
0000000000

0000000000



Editora Sociedade de Energia Elétrica - Ceará - LEI 13.430 de 2019/02

NOTA FISCAL - FATURA - CORTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELESTE Energia S.A. - Potiguar
Av. Presidente Kennedy, 111 - Rio Vermelho - PE - CEP: 50000-000
CNPJ: 00.000.000/0001-96 - Fone: (81) 3404-4000 - E-mail: atendimento@celpe.com.br

DETALHES DO CLIENTE

BRUNELLE MARIA LIMA SOUZA E SÁ

CEP: 50130-070-0114-00700-56453400033

CLASSIFICAÇÃO

01 - RESIDENCIAL
02 - INDUSTRIAL
03 - COMERCIAL
04 - PÚBLICO

112798138	UNICA	23/06/2020
CEP/UF/DTN	000000000	000000000

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NOVA VILA ALGIR

RUA NOVA VILA ALGIR
CAETÉS PE
50360-000

CONSUMIDOR	PERÍODO
7029127500	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	27/07/2020
DATA DE PAGAMENTO	23/07/2020

0.73

DETALHES DA NOTA FISCAL

Consumo: 7.110 kWh
Consumo: 15.000 kWh
Cortes: R\$ 0,73 - Páginas Monopólio

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo: 7.110 kWh	00.0000000	0.000000000	0.00
Consumo: 15.000 kWh	00.0000000	0.000000000	0.00
Cortes: R\$ 0,73 - Páginas Monopólio	00.0000000	0.000000000	0.73

COMPREU
COMPREU - NÚMERO DE DOCUMENTO SIA

02 OUT 2020

PROTÓCOLO
- ANEXO FOLHOS

SEGURÓ OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DA TRANSPORTADAS OU NAO		DANOS PESSOAIS POR SUA CARGA A PESSOAS
PE N° 8695826528		BILHETE DE SEGURO OPVAT
NOME: ARONIR SERRERA DA SILVA		
UF/PAÍS/NUMS - PE		0
CNPJ: 0000000000000000		
049.797.584-77		K3W6386
BILHETE DE SEGURO OPVAT		
PE N° 8695826528		EXPIRADO - DATA EXPIRAÇÃO
2010		30/09/10
ARONIR SERRERA DA SILVA		
UF/PAÍS/NUMS - PE		0
CNPJ: 0000000000000000		
049.797.584-77		K3W6386
CÓD. FABRICA		PLACA
820108760		HONDA/10P100
ANO FABR. - 09		CHASSIS: 08R095124
VALOR DA COBERTURA: R\$ 10.000,00		
PAGO		
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro OPVAT S/A CNPJ: 09.218.000-0001-04		

COMPRENSÃO
COMPRA VIDA E PRESENÇA SIA
02 OUT 2020
PROTÓCOLO
ACORDO DE FAZENDA PÚBLICA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200354095 **Cidade:** Caetés **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES **Data do acidente:** 26/06/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TERÇO PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

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 MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 8 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200354095 **Cidade:** Caetés **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES **Data do acidente:** 26/06/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TERÇO PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

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 MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 8 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279291/20

Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

CPF: 068.055.914-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2020

Titular do CPF: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHELE MARIA DA SILVA ENES : 068.055.914-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2020
Nome: MICHELE MARIA DA SILVA ENES
CPF: 068.055.914-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Rebeka Vitória Ursulino da Silva