
Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200264368

Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Data do Acidente: 19/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

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, contados 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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200264368

Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Data do Acidente: 19/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

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 tornozelo 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: **IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM**

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

Banco: **237**

Agência: **000000785-4**

Conta: **000000111342-9**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANO (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do cartão do ABL: 3 - CPF da vítima: 02413879459 4 - Nome completo da vítima: Traciene Maria S. de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO LEGAL/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPLEN Nº 001/2002)

5 - Nome completo: Traciene Maria S. de Andrade 6 - CPF: 02413879459
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Hilário Rocha de Souza 9 - Número: 17 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: São José do Camelo 12 - Cidade: Ipatinga 13 - Estado: MG 14 - CEP: 35595-000
15 - E-mail: 31777921-7821

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (somente para as contas abaixo. Não há opção) ☐ CONTA CORRENTE (bancos e bancos)
12 - Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)
AGÊNCIA: 0295 9 CONTA: 0111342 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.254/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.254/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Graude 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 tenha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos/às beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou falsificação 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 legal de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ipatinga 24.07.2020

(41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante))

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V0001/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0132000690**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/06/2020** às **10:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/3/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA OLIMPIO LUIZ SOARES, 1, PRACA PEDRO SERAFIM DE SOUZA** - Bairro: - **IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **1**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
IRACIANE MARIA SILVA AMORIM BERNARDO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

IRACIANE MARIA SILVA AMORIM BERNARDO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DA PAZ DA SILVA** Pai: **AMARO PEREIRA DE AMORIM** Data de Nascimento: **14/7/1979** Naturalidade: **IPOJUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5222237/SDS/PE (RG). 02415799459 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGENTE ADMINISTRATIVO** Telefones Celulares: **- 989239828**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAMELA, , PROXIMO A PRACA PEDRO SERAFIM DE SOUZA - CEP: - Bairro: - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NAO INFORMADA)**

Placa: **1** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **1** Chassi: **1**

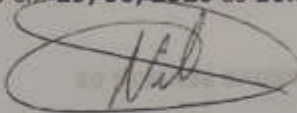
Complemento / Observação

INFORMA A SR. IRACIANE QUE PEGOU O ÔNIBUS DA EMPRESA VERA CRUZ, NO COSTA DOURADA, E QUANDO CHEGOU, NA PRAÇA PEDRO SERAFIM DE SOUZA, PEDIU PARADA E QUANDO O VEÍCULO PAROU ANTES QUE ELA TIVESSE COMPLETADO A DECIDA O MOTORISTA DEU PARTIDA NO VEÍCULO. VINDO A SE LESIONAR, FRATURA EXPOSTA, NO TORNOZELO DIREITO SENDO SOCORRIDA PELA POPULAÇÃO ATÉ A UPA DE CAMELA.

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

Iraciane Maria Silva Amorim Bernardo
IRACIANE MARIA SILVA AMORIM BERNARDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Nilson Gomes da Silva** Matrícula: **3998118**
(Liberado em **29/06/2020** às **10:50**)



GERAR BOLETIM

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

2 - Nº do cartão do ALE: 3 - CPF da vítima: 02413879459 4 - Nome completo da vítima: Traciene Maria S. de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO LEGAL/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPLEN Nº 001/2002)

5 - Nome completo: Traciene Maria S. de Andrade 6 - CPF: 02413879459
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R. Heloisa Trigo de Souza 9 - Número: 17 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: São José do Carmo 12 - Cidade: Ipatinga 13 - Estado: MG 14 - CEP: 35595-000
15 - E-mail: 31777921-7821

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Não há opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)
AGÊNCIA: 0295 9 CONTA: 0111342 9
(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.254/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.254/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Graude 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 tenha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou natureza (parentesco)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos/às beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou falsificação 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 legal de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ipatinga 24.07.2020

(41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante))

(42 - Assinatura do Procurador (se houver))

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V001/2019

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: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00785-4

CONTA: 000000111342-9

Nr. Autenticação

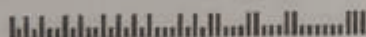
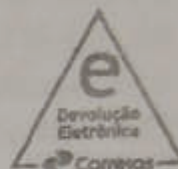
BRDESCO0308202005000000000023700785000000111342168750 PAGO



ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI
E USE A INTERNET PARA:

- Fazer sua conexão à Correia Online
- Enviar 2ª via de conta
- Consultar o código de barras para pagamento
- Acompanhar o consumo
- Recarregar o pré-pago
- Consultar seu saldo no Oi Portos

NA MINHA OI
É TUDO MAIS FÁCIL.



CTC RECIFE PE PL4
IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM
PCA PEDRO SERAFIN DE SOUZA 34
RUROPOLIS
55595-000 - CAMELA - PE



7213612820 25816 00004325121 30 020320

AD: 11905121

ANATEL - 1931

Nome	IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM
Nº	55595-000
Endereço	PCA PEDRO SERAFIN DE SOUZA 34
Cidade	RUROPOLIS
CEP	55595-000

SERVÍÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR:

01. MUDOU-SE	<input type="checkbox"/>
02. ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/>
03. NÃO EXISTE Nº INDICADO	<input type="checkbox"/>
04. FALTECIDO	<input type="checkbox"/>
05. DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/>
06. RECUSADO	<input type="checkbox"/>
07. AUSENTE	<input type="checkbox"/>
08. NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/>
09. OBJETO DANIFICADO	<input type="checkbox"/>
10. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE	<input type="checkbox"/>
11. FALTA COMPLEMENTO (COLETIV./GUI)	<input type="checkbox"/>
12. CAIXA POSTAL CANCELADA	<input type="checkbox"/>

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO - RUA DO LAVRADIO, 71 - CENTRO - RIO DE JANEIRO/RJ - 20230-070.

TIM

FAC

991234388502014-OPRJ

TIM

Correios



CTC RECIFE PE PL1
CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
R ENGENHO AGUA CLARA 168
IMBIRIBEIRA
51150-040 RECIFE - PE



- ☐ 01 - MUDOU-SE
- ☐ 02 - ENDEREÇO INCORRETO
- ☐ 03 - NÃO EXISTE IP INDICADO
- ☐ 04 - FALSO
- ☐ 05 - DESCONHECIDO
- ☐ 06 - RECUSADO

PARA USO DOS CORREIOS

- ☐ 07 - AUSENTE
- ☐ 08 - NÃO PROCURADO
- ☐ 09 - OBJETO DANIFICADO
- ☐ 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
- ☐ 11 - FALTA COMPLEMENTO (COLETA/AGU)
- ☐ 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETA/AGU)
- ☐ 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA

Ratificado ao serviço postal em:

Rubrica do Responsável:

Assinatura:

Devolução Eletrônica - CEDO
CAIXA POSTAL 19568
CEP 80.231-970 - CURITIBA - PR



3614049716828920000000125230261119
Kantel_3614049716828920000000125230261119

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorealider.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: 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/DIOLITECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=2&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 Chomense Analla de Pequeno

inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.759.494/57 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mariana Maria S. de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.153.994/59

do sinistro de DPVAT cobertura Intervida da Vítima Mariana Maria S. de Almeida

inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.153.994/57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Engenho Água Doce</u>	Número: <u>168</u>	Complemento: <u>Casa - A</u>
Bairro: <u>Imbituba</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>51170-030</u>	Tel.(DDD): <u>82992442330</u>

Local e Data: Recife 24-07-2020

Chomense Analla de Pequeno

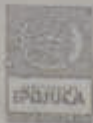
Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

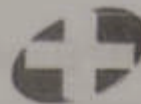
Nº REGISTRO 33. 087		DATA E HORA DO NASCIMENTO 14.07.79		EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL	
PACIENTE Inaciane Maria Silva de Amorim		NASCIMENTO 14.07.79		IDADE 40A SEXO: F COR:	
ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:		NACIONALIDADE: B	
M DE IDENTIDADE		PAI		MÃE	
ENDERECO R		Praça Pedro Senatim		COMPLEMENTO	
BAIRRO: Camela		CIDADE: Ipojuca		UF: PE TELEFONE:	
ORIENTAÇÃO:					
PROCEDENCIA:					
MEIO DE TRANSPORTE:					
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
DATA: 19-03-2020		HORA: 18:05		ENFERMEIRO:	
COREN:					
SITUAÇÃO QUEIXA:					
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENÇÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO/DROGAS <input type="checkbox"/> PNEUMOPATIAS <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL OUTROS:					
MEDICAÇÃO EM USO:					
PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C	
ESG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS	
ESCORE	ESCORE	ESCORE	MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICA <input type="checkbox"/>	
DOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PALIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXAME FÍSICO: força torçao D L-1 10 minutos por torçao do pe D ao descer de escadas					
DIAGNOSTICO ENFERMAGEM:					



FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA

TRAUMATOLOGIA

UNIDADE DE ORIGEM	UPA CAMELA - PROJUL	UNIDADE DE DESTINO	() USF MDH () POLICLÍNICA
Nº PRONTUÁRIO:	520837		
NOME:	IRACLENE MARIA SILVA DE AMORIM	IDADE:	40a
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	FRATURA FIBULA D		
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Paciente af. recente com lesão no 1/3 distal da fibula D. por trauma do joelho em queda de altura na sala de aula.			
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		DATA: 19/05/20 HORA:	
OBSERVAÇÃO		PROFISSIONAL RECEPTOR	



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO (1629058)

Admissão: 341699

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO é portador do diagnóstico:

CID: S82.6; S82.5

Permaneceu internado do dia 21/03/2020 a 25/03/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/03/2020.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 24/03/2020.

RETORNO: 20/04 /2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

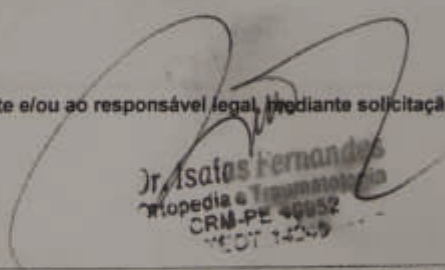
01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/03/2020 as 17:57


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 49052
R. 14249

Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

CRM:

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 18/06/2020 15:10

Atendimento: 341699 Entrada: 21/03/2020 Hora: 16:18
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Saída: 25/03/2020 Hora: 21:50
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 704205701365285

Paciente: 1629058 IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Nascimento: 14/07/1979 (40 Anos e 11 Meses) Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço: PRACA PEDRO SERAFIM CAMELA C.P.F.:
Bairro: NOSSA SENHORA DO O C.E.P.: 55590-970 Identidade: 522237 - SDS - PE
Cidade: 2607208 IPOJUCA Telefone: / 989239821
Pai: AMARO PEREIRA DE AMORIM G. Instrução:
Mãe: MARIA D PAZ DA SILVA Ocupação: AUX ADMINISTRATIVO
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 21/03/2020 - 16:29

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

Queixa do paciente:

TRANSFERIDA DO HDH PARA TRATAMENTO CIRURGICO

HAS

NEGA ALERGIAS E OUTRAS COMORBIDADES

TRAUMA: 19/03/2020 RELATA QUEDA DE ONIBUS

Exame físico:

EDEMA MODERADO TNZ DIREITO

BOA PERFUSAO DISTAL

PELE íntegra

RX TNZ D - FRATURA MALEOLO LATERAL E MEDIAL

Hipótese diagnóstica:

FRATURA TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -	PRE-OP	
03 -	TALA BOTA	
04 -	P CARDIO	

Reavaliação:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, 814 - Moreno - PE

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 18/06/2020 15:10

Atendimento: 341699 Entrada: 21/03/2020 Hora: 16:18
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Saída: 25/03/2020 Hora: 21:50
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 704205701365285

Paciente: 1629058 IRACEANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO
Nascimento: 14/07/1979 (40 Anos e 11 Meses)
Endereço: PRACA PEDRO SERAFIM CAMELA
Bairro: NOSSA SENHORA DO O C.E.P.: 55590-970
Cidade: 2607208 IPOJUCA
Pai: AMARO PEREIRA DE AMORIM
Mãe: MARIA D PAZ DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 522237 - SDS - PE
Telefone: / 989239821
G. Instrução:
Ocupação: AUX ADMINISTRATIVO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/03/2020 - 08:34

AVALIAÇÃO (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HDH
DATA DA ADMISSÃO: 21/03/2020
DATA DA ALTA: 25/03/2020

HD: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Em: 24/03/2020 - 17:53

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Hospital Memorial Armindo Moura
SANE
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Morano-PE

Página 1 de 2

Cirurgião: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES – CRM : 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesista: ELIVELTON

Instrumentador: EDER / ALDAIR

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO

2. REPARO LIGAMENTAR AGUDO DO TORNOZELO

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA

IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPESA E RETIRA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, MEDIANTE 01 (UMA) PLACA TERÇO TUBULAR 05 FUROS, DE NEUTRALIZAÇÃO, 04 PARAFUSOS CORTICAIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO MEDIAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS

LAVAGEM COM SF 0,9%

SÍNTESE POR PLANOS COM NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO TIPO JONES

SOLTURA DO GARROTE

Materiais Prosmed

PLACA TERÇO TUBULAR - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 04 UNIDADES

PARAFUSO ESPONJOSO - 02 UNIDADES

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
R. Cloto Campelo, S/N - Moreno-PE



IPACEADE M^{re} Silva DE Anuomide BonuBUND

fol

40 Lemos de posturops

H₂ Segue de Trat. corpo Fract
do puno

03/04/2020

Dr. Pedro Marques
Traumatologia-Ortopedia
CRM 8594



FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

NOME: Iraciane Maria de Amorim Bernardo

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: 14/07/19 SEXO: F.

PROFISSÃO: Autônoma ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: Rua Pedro Serafin de Souza 34

BAIRRO: Ruropolis TELEFONE: 98923 9821

CIDADE: Camela UF: PE

NOME DO MÉDICO: Pedro Marques

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Pos op. F. perna (D).
distal

HISTÓRIA CLÍNICA:
Paciente relata ter sofrido acidente
dia 21/03/20.

QP: Dor, edema, ADM, alteração da
sensibilidade

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO:

- alongamentos
- mobilizações
- crioterapia
- Terapia Manual
- drenagem linfática

Declaro para os devidos fins que as repostas prestadas por mim nesta ficha são expressamente verdadeiras e estou ciente de todo procedimento a ser realizado.

Local: Recife Data: 06/04/20

Iraciane Maria Silva de Amorim Bernardo
Assinatura do Cliente

Gelsy Gadelha
Fisioterapeuta
CREFITO - 234938-F

Gelsy Gadelha
Fisioterapeuta Crefito 234938-F

FICHA DE FREQUÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA

Paciente: Graciane Maria de Amorim Bernardo

DATA	ASSINATURA
06/04/20	Amorim
07/04/20	Amorim
08/04/20	Amorim
09/04/20	Amorim
13/04/20	Amorim
14/04/20	Amorim
15/04/20	Amorim
16/04/20	Amorim
17/04/20	Amorim
20/04/20	Amorim
22/04/20	Amorim
23/04/20	Amorim
24/04/20	Amorim
27/04/20	Amorim
28/04/20	Amorim
29/04/20	Amorim
30/04/20	Amorim
04/05/20	Amorim
05/05/20	Amorim
06/05/20	Amorim
07/05/20	Amorim
08/05/20	Amorim
11/05/20	Amorim
12/05/20	Amorim
13/05/20	Amorim
14/05/20	Amorim
15/05/20	Amorim
18/05/20	Amorim
19/05/20	Amorim
20/05/20	Amorim
21/05/20	Amorim
22/05/20	Amorim
25/05/20	Amorim
26/05/20	Amorim
27/05/20	Amorim
28/05/20	Amorim
29/05/20	Amorim
01/06/20	Amorim
02/06/20	Amorim
03/06/20	Amorim

Geisy Gadelha
Fisioterapeuta
CREFITO - 234938-F

Geisy Gadelha
Fisioterapeuta Crefito 234938-F

maxima
max. silv.
07/04/20 12







REPORTAGEM DE NECESSIDADE DE PASSAGEM
MINISTÉRIO DE SEGURANÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PERNAMBUCO

CLÉOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6018605 SDS PE

CPF
056.159.494-57

DATA NASCIMENTO
14/05/1984

FILIAÇÃO
MILTON HENRIQUE PEQUENO
O
MARIA SÔNIA DE OLIVEIRA
A

PERMISSÃO
0000000000

ACC
0000000000

CAT. HAB.
2B

Nº REGISTRO
04007827203

VALIDADE
17/04/2020

1ª HABILITAÇÃO
27/12/2006

OBSERVAÇÕES

Cléomenes Ancillon de Oliveira Pequeno

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
15/12/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

86648455463
PE082947317

PERNAMBUCO

1559888220

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

07R-28




Iraciane M. Silva de Amorim Bernardo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.222.237

DATA DE EXPIRAÇÃO 21/01/2014

IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO

REGIÃO

<< AMAPO PEREIRA DE AMORIM >>

<< MARIA DA PAZ DA SILVA >>

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 14/07/1979

DOC. ORDEM << CC.349 L.B2AUX F.75 CART.3º DIST. IPOJUCA-PE 19.05.2009 >>

LEI Nº 7.111 DE 2006


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Nº de Inscrição
024157994-59

Data de Nascimento
14/07/78



Este documento é comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a emissão por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Iraciane Maria Silva de Amorim
IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 20/03/95

S
E
R
V
I
D

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

07R-28



Iraciane M. Silva de Amorim Bernardo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.222.237

DATA DE EXPIRAÇÃO 21/01/2014

IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM BERNARDO

REGIÃO


<< AMAPO PEREIRA DE AMORIM >>

<< MARIA DA PAZ DA SILVA >>

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 14/07/1979

DOC. ORDEM << CC.349 L.B2AUX F.75 CART.3º DIST. IPOJUCA-PE 19.05.2009 >>



LEI Nº 7.111 DE 2006


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Nº de Inscrição
024157994-59

Data de Nascimento
14/07/78



Este documento é comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a emissão por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Iraciene Maria Silva de Amorim
IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 20/03/95

S
E
R
V
I
D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200264368 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM **Data do acidente:** 19/03/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2,5,7,11,12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	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-0207884/20

Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

CPF: 024.157.994-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2020

Titular do CPF: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO : 056.159.494-57

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

IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM : 024.157.994-59

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: 24/07/2020
Nome: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
CPF: 056.159.494-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200264368 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRACIANE MARIA SILVA DE AMORIM **Data do acidente:** 19/03/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2,5,7,11,12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Instrumento Procuratório

Através deste instrumento procuratório se faz Outorgante Sr(a):
Traciane Maria Silva de Amorim,
cujo RG: 5.222.237, expedido pelo órgão emissor: SSR PE, em
21/01/2014, cujo CPF: 024.157.994-59 e residente no
endereço: Praca Pedro Serafim de Souza,

Nº 34, Bairro: Camela, cidade: Ipojuca
UF: PE, CEP: 55590-000

Atribuindo poderes ao outorgado Srº Cleomenes Ancillon de Oliveira Pequeno, cujo RG: 6018605, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em 09/07/2004, cujo CPF: 056.159.494-57, e residente no endereço: Rua Engenho Água Doce, Nº 168 A, Bairro: Imbiribeira, Cidade: Recife – UF: PE, CEP: 51150-030.

Dos poderes: O presente documento outorga poderes para o fim especial de representar o outorgante em sua presença ou mesmo em sua ausência nas questões pertinentes a informações, atos administrativos e/ou judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão de processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Data do acidente: 19-03-2020

Tipo de cobertura: Invalidez/Permanente

Ipojuca, 32 de junho de 20 20

RECONHECIDA

Traciane Maria Silva de Amorim

Assinatura reconhecida em cartório por autenticidade



Serviço Notarial e Registral - Ofício Único
Cartório Petronio Arruda

Bel. Petronio Barbosa de Arruda - Tabelião e Registrador

Rua Francisco Alves de Sá, 44 - Centro - Ilhéus - PE - Fone: (081) 3314-1124 - 12/11/2017 - 10h15

Selo Eletrônico
de Fiscalização
emitido automaticamente pelo sistema



Reconheço por autenticidade e firma de **TRACINE MAR**
SILVA DE AMORIM, dou fé, Ilhéus/PE, 12/08/2020
test. de verdade **DEISE CARLA V. S. DE ALMEIDA**
(SUBST.(A)), Emol.: R\$ 3,71 TSHR: R\$ 9,82 FERM: R\$ 0,21
R\$ 0,21 FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,00 por Selo: 0130660
BUF92202001.04872.

