
Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

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, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

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 punhos
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: **MARIA DA ROCHA VIDAL**

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

Banco: **104**

Agência: **00000914**

Conta: **0000067810-5**

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



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3/4/6_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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do distrito ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 943.672.264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROCHA VIMPE E SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA DA ROCHA VIMPE E SILVA 6 - CPF: 943.672.264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SI. REPROTE 9 - Número: 510 10 - Complemento: 09 SA
11 - Bairro: RUIZAL 12 - Cidade: BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.950-000
15 - e-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 9 9998 1122

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:
 RECURSO INFORMAR R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA AUTORIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO INDEBENTADO (PÓS-ORDENADOR) CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos listados abaixo e sem opção)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Para todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 914 CONTA: 67810 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha inteira liberdade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem me for direito, reconhecendo e cando, desde já e somente após a elevação do crédito, exatidão 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 5.254/74), 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 da minha condição de incapacitação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, assim já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado/Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/71.
Entendo que esta autorização não significa anulação ou inexistência com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: Casado Solteiro Desquitado(a) Divorçado(a) Separado(a) judicialmente Viúvo Não sabe
25 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? 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 paga, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quem assinou ou declarou não verdadeira poderá incorrer a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da vítima: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: Belmonte - PE 10/10/2019
41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rocha Vimpes Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver): George Carlos Melo Pinheiro



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do distrito ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 943.672.264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROCHA VILMA E SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA DA ROCHA VILMA E SILVA 6 - CPF: 943.672.264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SI. REPROTE 9 - Número: 510 10 - Complemento: 09 SA
11 - Bairro: RUIZAL 12 - Cidade: BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.950-000
15 - e-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 9 9998 1122

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:
 RECURSO INFORMAR R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO INDENIZADO (PAIS, TUTOR OU CURADOR)
 CONTA POUANÇA (Somente para os bancos citados. Assine e informe o nº):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Para todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 914 CONTA: 67810 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha inteira liberdade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem me for direito, reconhecendo e cando, desde já e somente após a elevação do crédito, exatidão 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 5.254/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise da minha condição de incapacitação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, assim já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado/Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/71.
Entendo que esta autorização não significa anulação ou inexistência com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Casado Solteiro Desquitado(a) Divorçado(a) Separado(a) judicialmente Viúvo Não sabe
24 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 25 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? 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 paga, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quem assinou ou declarou não verdadeira poderá incorrer a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da vítima: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a pedido): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a pedido): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido): _____
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BELMONTE - PE 10/10/2019
41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rocha Vilma e Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190604605 3 - CPF da vítima: 943632264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROCHA VIMEL ESILVA

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

5 - Nome completo: MARIA DA ROCHA VIMEL ESILVA 6 - CPF: 943632264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: S. REAROTE 9 - Número: 310 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.950.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 9998.1427

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:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 a R\$1.000,00 R\$2.503,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 914 CONTA: 67810 5
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: BELMONTE - PE 29/10/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rocha Videl e Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver): [Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 17ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ºCIRC
DINTER2/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000654

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/08/2019 às 11:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 15/8/2019 às 10:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL, SÃO JOSÉ DO BELMONTE** - Bairro: **CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR (AGENTE))
JOSE FERREIRA DE SOUZA (OUTRO)
MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (TESTEMUNHA)
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(a) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na garagem da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA**

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

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL** Pai: **LUIZ VIDAL SOBRINHO** Data de Nascimento: **28/2/1958** Nacionalidade: **SÃO JOSÉ DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **340804999/ISSPICE (RG) - 94363226404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares:
- **991356539**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, FAZENDA UBINA, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ROSALINA** Pai: **HORACIO MATIAS PEREIRA** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **BREJO SANTO-CE - BREJO SANTO/CEARA/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE FERREIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CC** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MTJR7401** (CEARA/BREJO SANTO) Renavam: **195938*** e/ou Chassi: **902JC4110AR55557**
 Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A PESSOA ACIMA QUALIFICADA ONDE A MESMA RELATA QUE NO DIA 15.07.2018, A VITIMA TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA ESTRADA DO SÍTIO BERTOLINHO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO REPENTINAMENTE AO PASSAR EM UMA ESTRADA CARROÇAVEL PRECISOU FREAR O VEICULO E COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA, CONSEQUENTEMENTE CAIU AO SOLO SOFRENDO ALGUMAS ESCORREGÕES, E UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO OCASIÃO EM QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADE CONFORME RELATA DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA. ADVERTIDA DO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, E DAS PENAS PREVISTAS NO ART. 342 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, "RECLUSÃO DE 02 A 04 ANOS E MULTA", SEM MAIS RISCO DE RELATO ENCERRA O PRESENTE ATO.

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

Maria da Rocha Vidal e Silva
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **AMAREY BASTOS GONCALVES - MAT. 221373-7 - Matrícula: 221373-7**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 17ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000654

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/08/2019 às 11:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 15/8/2019 às 10:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL, SÃO JOSÉ DO BELMONTE** - Bairro: **CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR (AGENTE))
JOSE FERREIRA DE SOUZA (OUTRO)
MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (TESTEMUNHA)
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(a) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na garagem da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA**

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

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL** Pai: **LUIZ VIDAL SOBRINHO** Data de Nascimento: **28/2/1958** Nacionalidade: **SÃO JOSÉ DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **340804999/SSP/CE (RG) - 94363226404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares:
- **991356539**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, FAZENDA UBINA, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ROSALINA** Pai: **HORACIO MATIAS PEREIRA** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **BREJO SANTO-CE - BREJO SANTO/CEARA/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE FERREIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CC** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MTJR7401** (CEARA/BREJO SANTO) Renavam: **195938*** e/ou Chassi: **902JC4110AR55557**
 Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A PESSOA ACIMA QUALIFICADA ONDE A MESMA RELATA QUE NO DIA 15.07.2018, A VITIMA TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA ESTRADA DO SÍTIO BERTOLINHO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO REPENTINAMENTE AO PASSAR EM UMA ESTRADA CARROÇAVEL PRECISOU FREAR O VEICULO E COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA, CONSEQUENTEMENTE CAIU AO SOLO SOFRENDO ALGUMAS ESCORREGÕES, E UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO OCASIÃO EM QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADE CONFORME RELATA DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA. ADVERTIDA DO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, E DAS PENAS PREVISTAS NO ART. 342 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, "RECLUSÃO DE 02 A 04 ANOS E MULTA", SEM MAIS SIGNO DE RELATO ENCERRA O PRESENTE ATO.

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

Maria da Rocha Vidal e Silva
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **AMAREY BASTOS GONCALVES - MAT. 221373-7 - Matrícula: 221373-7**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000836**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **09:36**

Complementa o BO Número: **19E0268000654**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **15/7/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, SITIO SERROTE, ZONA RURAL, SÃO JOSE DO BELMONTE** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
JOSE FERREIRA DE SOUZA (OUTRO)
MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (TESTEMUNHA)
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA**



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

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL** Pai: **LUIZ VIDAL SOBRINHO** Data de Nascimento: **28/2/1968** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **340804999/SSP/CE (RG), 94363226404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares:
- **991356539**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, FAZENDA USINA, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ROSALINA** Pai: **HORACIO MATIAS PEREIRA** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, SITIO SERROTE, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **BREJO SANTO-CE - BREJO SANTO/CEARA/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE FERREIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NUR7401** (CEARA/BREJO SANTO) Renavam: **195939140** Chassi: **9C2JC4110AR555557**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, A PESSOA ACIMA QUALIFICADA ONDE A MESMA RELATA QUE NO DIA 15.07.2019, A VÍTIMA TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA ESTRADA DO SÍTIO SERROTINHO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO REPENTINAMENTE AO PASSAR EM UMA ESTRADA CARROÇAVEL PRECISOU FREAR O VEICULO E COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA, CONSEQUENTEMENTE CAIU AO SOLO SOFRENDO ALGUMAS ESCOREÇÕES, E UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO OCASIÃO EM QUE A VÍTIMA FORA SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADE CONFORME RELATA DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA. ADVERTIDA DO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, E DAS PENAS PREVISTAS NO ART. 342 DO CÓDIGO PENAL PÁTRIO, " RECLUSÃO DE 02 A 04 ANOS E MULTA " . SEM MAIS DIGNO DE RELATO ENCERRO O PRESENTE ATO.

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

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VIVALDO JOSE GUIMARAES XAVIER DO CARMO** - Matrícula: **220973-0**


POLÍCIA CIVIL DE BERNARDINO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
178ª CIRCUNSCRIÇÃO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do distrito ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 943.672.264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROCHA VIMPE E SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA DA ROCHA VIMPE E SILVA 6 - CPF: 943.672.264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SI. REPROTE 9 - Número: 510 10 - Complemento: 09 SA
11 - Bairro: RUIZAL 12 - Cidade: BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.950-000
15 - e-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 9 9998 1122

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:
 RECURSO INFORMAR R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA AUTORIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO INDEBENTADO (Pessoa Jurídica)
 CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos listados abaixo e sem agência)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 914 CONTA: 67810 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha inteira liberdade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem me for direito, reconhecendo e cando, desde já e somente após a elevação do crédito, exatidão 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 5.254/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise da minha condição de incapacitação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, assim já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado/Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/71.
Entendo que esta autorização não significa anulação ou inexistência com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: Casado Solteiro Desquitado(a) Divorçado(a) Separado(a) judicialmente Viúvo Não sabe
25 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou descendentes? 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 paga, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quem assinou ou declarou não verdadeira poderá incorrer a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da vítima: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: BELMONTE - PE 10/10/2019
41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rocha Vimpes Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do distrito ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 943.672.264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROCHA VILMA E SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA DA ROCHA VILMA E SILVA 6 - CPF: 943.672.264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SI. REPROTE 9 - Número: 510 10 - Complemento: 09 SA
11 - Bairro: RUIZAL 12 - Cidade: BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.950-000
15 - e-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 9 9998 1122

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:
 RECURSO INFORMAR R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO INDENIZADO (PAIS, TUTOR OU CURADOR)
 CONTA POUANÇA (Somente para os bancos listados abaixo e sem agência)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 914 CONTA: 67810 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 inteira liberdade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem me for direito, reconhecendo e cando, desde já e somente após a elevação do crédito, exclusão total de qualquer 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 5.254/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise da minha condição de incapacitação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, assim já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado/Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/71.
Entendo que esta autorização não significa anulação ou suspensão da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar dos seus resultados.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: Casado Solteiro Desquitado(a) Divorçado(a) Separado(a) judicialmente Viúvo Não sabe
25 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou descendentes? 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 paga, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quem assinou ou declarou não verdadeira poderá incorrer a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da vítima: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a pedido): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a pedido): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido): _____
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: BELMONTE - PE 10/10/2019
41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rocha Vilma e Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver): George Carlos Melo Pinheiro

1. The purpose of this report is to provide a comprehensive overview of the project's progress and financial status. This report is intended for the management and stakeholders of the project.

2. The project has been successfully completed, and the final results are as follows:

- Project completion rate: 100%
- Financial performance: Exceeded budget by 15%
- Customer satisfaction: High

Category	Actual	Budget	Variance
Materials	1200	1000	200
Labor	800	900	-100
Overhead	500	500	0
Total	2500	2400	100

3. The project was completed on time and within budget. The final results are as follows:

- Project completion rate: 100%
- Financial performance: Exceeded budget by 15%
- Customer satisfaction: High

Month	Revenue	Expenses	Profit
Jan	1000	800	200
Feb	1200	900	300
Mar	1500	1000	500
Apr	1800	1100	700
May	2000	1200	800
Jun	2200	1300	900
Jul	2500	1400	1100
Aug	2800	1500	1300
Sep	3000	1600	1400
Oct	3200	1700	1500
Nov	3500	1800	1700
Dec	3800	1900	1900
Total	25000	20000	5000

4. The project was completed on time and within budget. The final results are as follows:

- Project completion rate: 100%
- Financial performance: Exceeded budget by 15%
- Customer satisfaction: High

Category	Actual	Budget	Variance
Materials	1200	1000	200
Labor	800	900	-100
Overhead	500	500	0
Total	2500	2400	100

5. The project was completed on time and within budget. The final results are as follows:

- Project completion rate: 100%
- Financial performance: Exceeded budget by 15%
- Customer satisfaction: High

1. The purpose of this report is to provide a comprehensive overview of the project's progress and financial status. It is intended for the use of the project manager and the steering committee.

2. The project has been completed on time and within budget. The final deliverables have been accepted by the client. The project team has performed exceptionally well throughout the project.

Category	Actual	Budget	Variance
Personnel	120,000	115,000	5,000
Materials	80,000	85,000	(5,000)
Overhead	40,000	40,000	0
Contingency	20,000	20,000	0
Total	260,000	260,000	0

Month	Revenue	Expenses	Profit
Jan	100,000	80,000	20,000
Feb	120,000	90,000	30,000
Mar	150,000	100,000	50,000
Total	370,000	270,000	100,000

Item	Quantity	Unit Price	Total Price
Item A	100	100	10,000
Item B	200	50	10,000
Item C	50	200	10,000
Item D	100	100	10,000
Item E	100	100	10,000
Total	550		50,000

3. The project has been completed on time and within budget. The final deliverables have been accepted by the client. The project team has performed exceptionally well throughout the project.

4. The project has been completed on time and within budget. The final deliverables have been accepted by the client. The project team has performed exceptionally well throughout the project.

Item	Quantity	Unit Price	Total Price
Item A	100	100	10,000
Item B	200	50	10,000
Item C	50	200	10,000
Item D	100	100	10,000
Item E	100	100	10,000
Total	550		50,000

5. The project has been completed on time and within budget. The final deliverables have been accepted by the client. The project team has performed exceptionally well throughout the project.



Centro de Estudios de Planeación y Estadística
 Centro de Estudios de Planeación
 Av. 19 de Septiembre, 111, 11 de Mayo, No. 111, C.A. 11000-000
 Tel: (503) 222-4515 / Fax: (503) 222-4516 / E-mail: celpe@celpe.gub.gv

IMPORTE CUENTA
 MARCA DE LUGARES M. O. L. M. A.

GRUPO DE UNIDADES CONSUMIDORA
 R. A. ANTONIO TOMÉ DE ROSAS S. A.

CPF: 20042 004-01
 CLASIFICACIÓN
 10 PERÚ LUCHA
 10 BUENOS

AL TO DE CONTINUA CORPORACIÓN S. A.
 S. L. S. A. TALLER DE
 88978-220

11/08/2018 08/2018
 21/08/2018 08/2018
 08/2018

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO	VALOR
Consumo Alimento	17,10000	6,700000	114,470
Consumo Bodega Alimento			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
TOTAL DE FACTURAS			125,27

IMPORTE	IMPORTE	IMPORTE	IMPORTE	IMPORTE	IMPORTE	IMPORTE	IMPORTE	IMPORTE	IMPORTE
125,27									

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO	VALOR
Consumo Alimento	17,10000	6,700000	114,470
Consumo Bodega Alimento			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
TOTAL DE FACTURAS			125,27

IMPORTE CUENTA
 MARCA DE LUGARES M. O. L. M. A.

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO	VALOR
Consumo Alimento	17,10000	6,700000	114,470
Consumo Bodega Alimento			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
Consumo Bodega Consumidor			2,70
TOTAL DE FACTURAS			125,27



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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 02 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/INICIO/BAIXAR/OCCORRÊNCIAS/ASPX?TIPO=CIRCULO%20445%2012>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a consultar 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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, com determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA LICITAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESGATE; CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECURSIVAS, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Foi exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 003.495.324 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 973.632.264/04

do sinistro de DPVAT sob o rubrica INVALIDEZ do Vítima MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 973.632.264/04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando e 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: ANTONIO TOMÉ DE SOUZA Número: 573 Complemento: CASA

Bairro: SÃO CRISTÓVÃO Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56903-220

E-mail: gmg@paseguros@ml.com Tel. (DDD): 87.99998.1477

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 18/10/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 05 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de Invalidez do Vítimo, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/INICIO/BAWES/DOCORRIGKALASPX?TIPO=CRCOD%20-19636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a consultar 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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, com determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CDAF.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA LICITAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESCUE; 2. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CDAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECURSOS, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.615/98.

Foi exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 003.495.324 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 973.632.264/04

do sinistro de DPVAT sob o rubrica INVALIDEZ do Vítimo MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 973.632.264/04 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

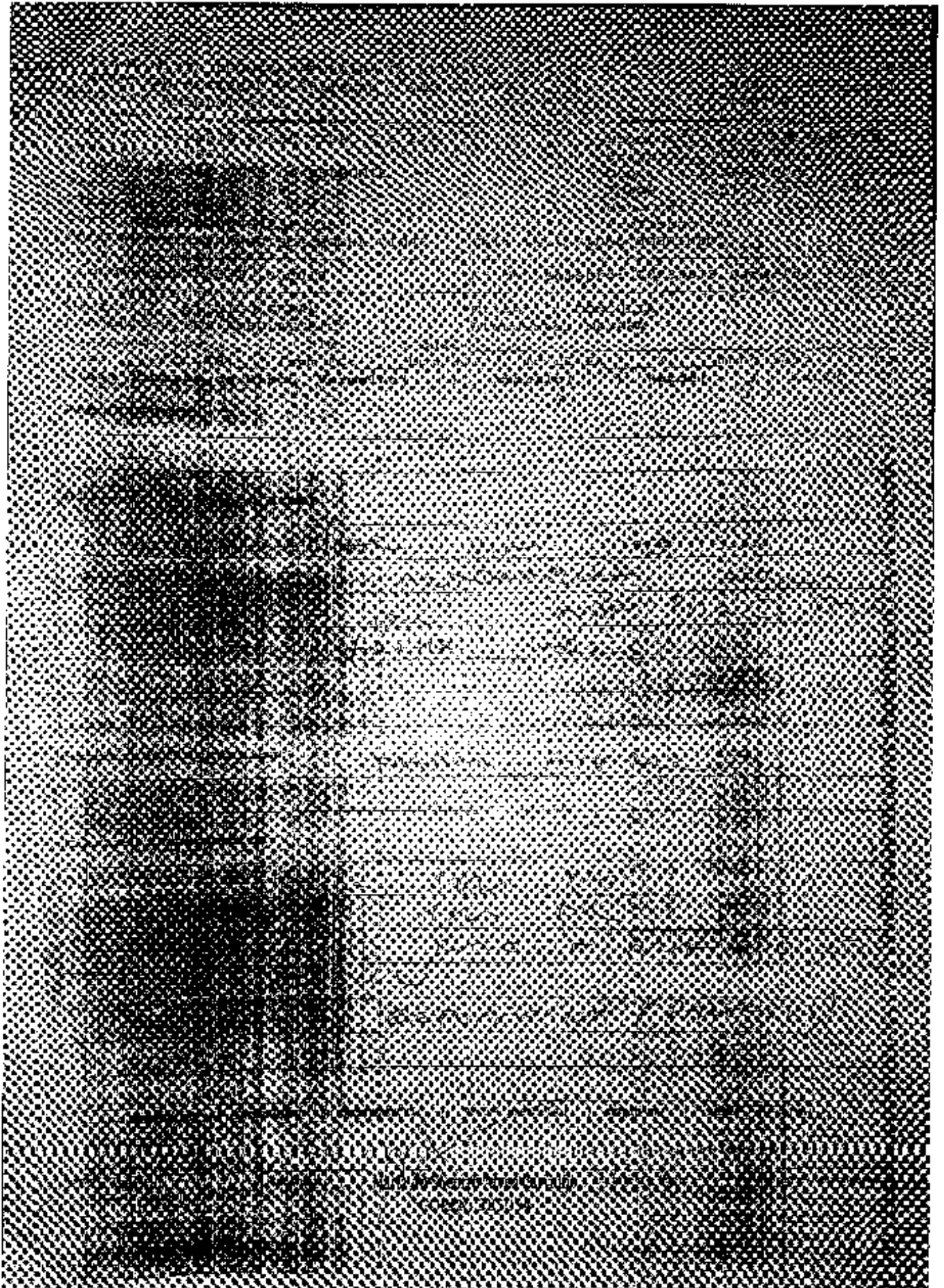
Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando e 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>ANTONIO TOMÉ DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>gmg@paseguros@ml.com</u>	CEP: <u>56903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87.99998.1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 18/10/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



1. Identificação do Estabelecimento de Saúde
 NOME DO ESTABELECIMENTO: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**
 NOME DO ESTABELECIMENTO (PARTE): **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**
 CNES: **2517124**

2. Identificação do Paciente
 NOME ATENC.: **MANA DO ROSA VIDUA E SAUS**
 NÚMERO DO DOCUMENTO: **7034080499**
 NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Antonio Francisco Rosa Vidua**
 ENDEREÇO COMPLETO (Bairro): **São Paulo**
 CIDADE/MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **São João do Bonfim**
 DATA DE NASCIMENTO: **28.02.1968**
 SEXO: **M**

3. JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
 19. HISTÓRICO CLÍNICO E EXAME FÍSICO:
Paciente em História n
f- 20 Paus
 20. PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
 21. DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURAS DO P... 5928**
 22. CID - PRINCIPAL: **5928**

4. PROCEDIMENTO SOLICITADO
 25. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **fr. fratura do p... 0408.02040**
 26. CLÍNICA: **FR**
 27. CARACTERÍSTICA DO CASO: **NOVA**
 28. DOCUMENTO: **FR**
 29. N.º DA QUÍMICA (CÓDIGO DESCRITIVO DA QUÍMICA): **0408.02040**
 30. DATA DA SOLICITAÇÃO: **10/18**
 31. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: **Dr. Roberto Vitor Bastos**

5. PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
 35. TIPO DE ACIDENTE: **35-1**
 36. LOCAL DO ACIDENTE: **36-1**
 37. TIPO DE ACIDENTE: **37-1**
 38. VÍNCULO COM A PREVENÇÃO:
 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO SEMPREGADO APOSENTADO SEMPREGADO

6. AUTORIZAÇÃO
 39. CIDADA DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO:
 40. DOCUMENTO: **2517124-9**
 41. N.º DO DOCUMENTO COMPLETO DO SUS: **2517124-9**
 42. DATA DA AUTORIZAÇÃO: **19/03/19**
 43. ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR: **Dr. Roberto Vitor Bastos**
 44. DATA DA INTERNAÇÃO: **19/03/19**



HOSPITAL FRANCISCO ARSELINO LTDA

CLÍNICA

CIRURGICA

Rua do Algodão nº 17/07/2019 | Número: 00044625 | Registro: 08094196 | UBS: INTERMACO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data Nascimento: 28/02/1968 | Idade: 51 Anos, 5 Meses | Sexo: FEMININO | Cor: PARDA

Estado Civ: SOLTEIRO(A) | Profissão: AGRICULTORA | Nacionalidade: | Nacionalidade:

Filiação Pat: LUIZ VIDAL SODRINHO | Mãe: ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL

Endereço: SÍTIO S. FROTE

Bairro: ZONA RURAL | Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE | Estado: PE | Telefone: 81751747

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Admissão de Trabalho [] | Admissão de Trabalho [] | Outros Admissões [] | Agressão []

Suicídio [] | Casos [] | Outros []

Nome da Associação: | Telefone particular:

Encargado: | Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO PUNHO

Diagnóstico clínico: FRATURA DO PUNHO

S.A.D.

Respostas Físicas: 0 NENHOS

Data de Atendimento: | Data do Internamento:

Melhorado: | Decisão Médica: | Data de Alta: 19/03/19

Alta Pedido: | Transferência: | Data da Alta: 19/03/19

Evolução: | Incidência: |

Hora: | Médico Responsável:

Local:	Data:	Término:
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:
Anestesiologista:		

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO
- 02 AO MÉDICA Nº 20

Dr. Edson Silva
 Cirurgião / Maxilomaxilar
 CRM - 16.122
 Assinatura de Edson Silva



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

ALAN CARVALHO SILVA

necessita de 07 (Sete) dias

para tratamento de saúde, a partir da presente data

CID Nº: S22.0

São José do Belmonte, 23 de Out de 2018

MARIA DA ROCHA VIDAL
Sex: Feminino
Data do nascimento:
10/04/1976

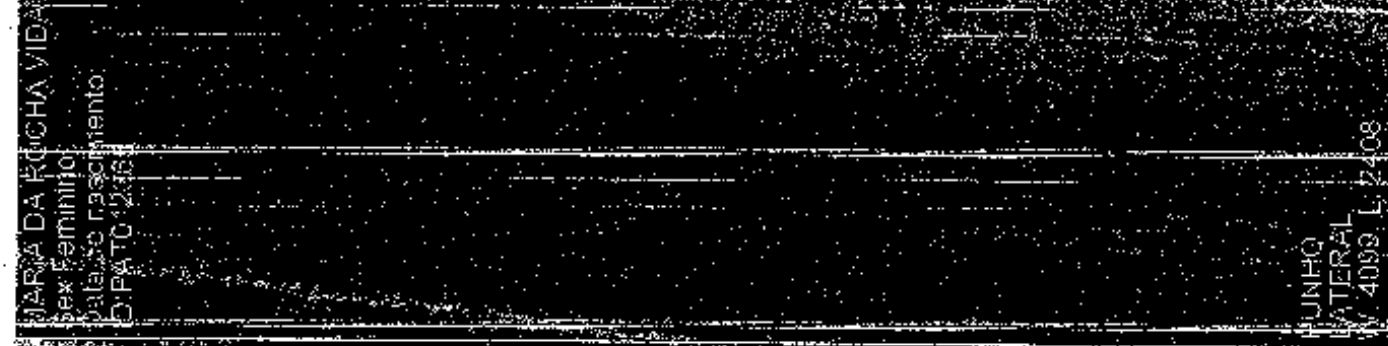
CEM



MARIA DA ROCHA VIDAL
Sex: Feminino
Data do nascimento:
10/04/1976

MARIA DA ROCHA VIDAL
Sex: Feminino
Data do nascimento:
10/04/1976

MARIA DA ROCHA VIDAL
Sex: Feminino
Data do nascimento:
10/04/1976



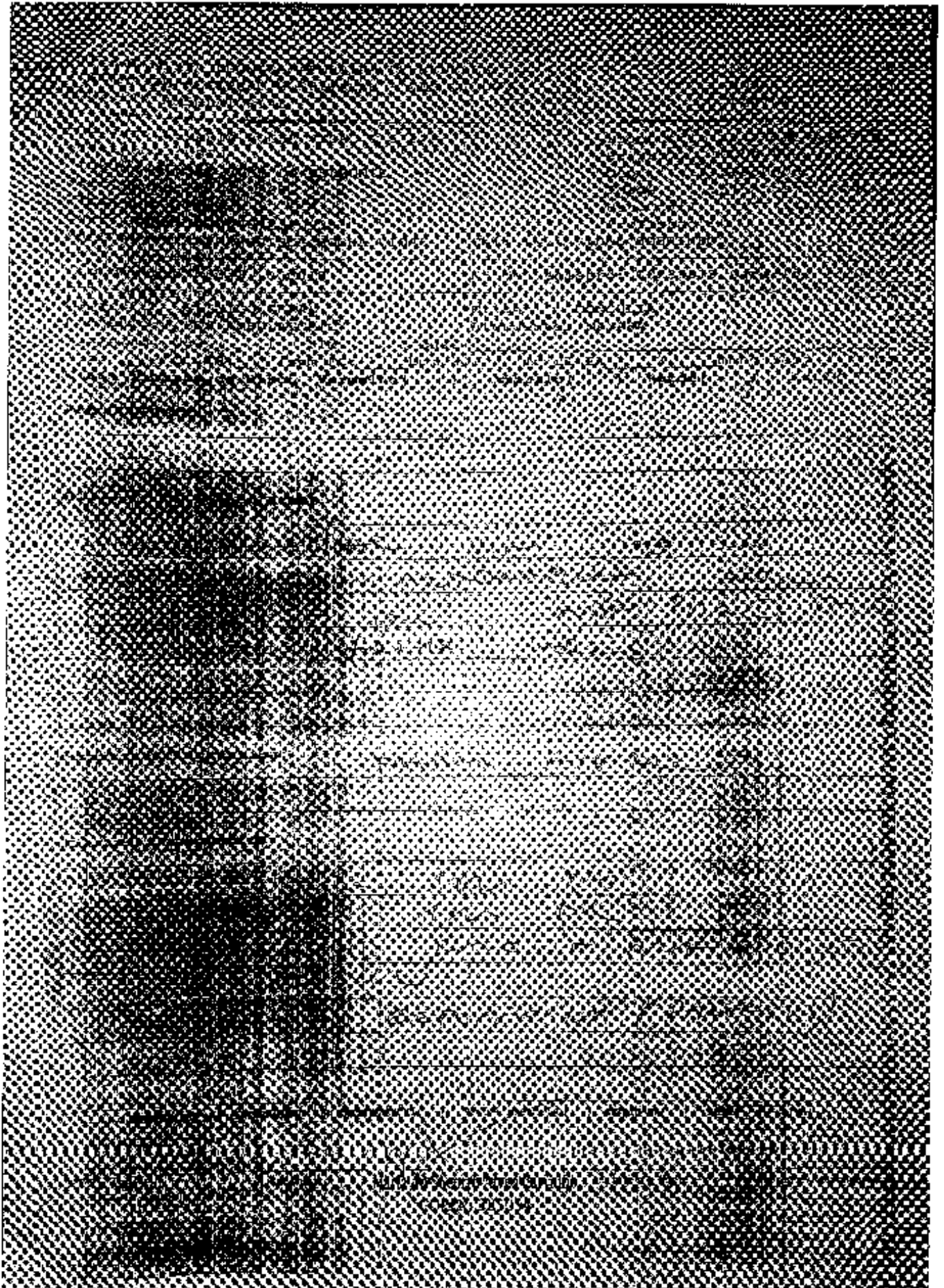
PUNHO
LATERAL
W 4105, L 2315
Escala: 0,01

PUNHO
LATERAL
W 4099, L 2408
Escala: 0,01

PUNHO
LATERAL
W 4099, L 2408
Escala: 0,01

PUNHO
LATERAL
W 4099, L 2408
Escala: 0,01

5cm



1. Identificação do Estabelecimento de Saúde
 NOME DO ESTABELECIMENTO: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**
 NOME DO ESTABELECIMENTO (PARTE): **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**
 C.NES: **2577124**

2. Identificação do Paciente
 NOME ATENC.: _____
 NÚMERO DO DOCUMENTO: **2634080499**
 NOME DA MÃE: **Y0 Y004872550938**
 NOME DO PACIENTE: **MARIA DO ROSA NEVES E SILVA**
 DATA DE NASCIMENTO: **28.02.1968**
 SEXO: **M**
 NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Antonio Francisco Rosa Neves**
 ENDEREÇO (C/RAÇA/UF/BARRIO): **São Paulo**
 MUNICÍPIO DE RES. DENOM.: **São João do Rio Preto**

3. JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
 19. HISTÓRICO CLÍNICO E EXAME FÍSICO:
Paciente em História n
f- 20 Pcs
 20. PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
 21. DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURAS DO P. -**
 22. CID - PRINCIPAL: **S92.9**

4. PROCEDIMENTO SOLICITADO
 25. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **fr. fratura do p. -**
 26. CLÍNICA: _____
 27. CARACTERÍSTICA DO CASO: _____
 28. DOCUMENTO: _____
 29. N.º DO QUÍMICO (CÓDIGO DE DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS): **0408.02040**
 30. DATA DA SOLICITAÇÃO: **10/18**
 31. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: **[Assinatura]**

5. PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
 35. () ACIDENTE DE TRÁFEGO
 36. () ACIDENTE DE TRABALHO
 37. () ACIDENTE DE SABÃO/TRAJETO
 38. () VÍNCULO COM A PREVENÇÃO:
 EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () SEMPREGADO () APOSENTADO () INDETERMINADO

6. AUTORIZAÇÃO
 39. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO: _____
 40. DOCUMENTO: _____
 41. N.º DO DOCUMENTO COMPROV. DO VÍNCULO (EMPREGADOR/EMPREGADO): _____
 42. DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____
 43. ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR: **[Assinatura]**
 44. DATA DA INTERNAÇÃO: **19.03.19**



HOSPITAL FRANCISCO ARSELINO LTDA

CLÍNICA

CIRURGICA

Rua do Alameda nº 7/07/2019 | Número: 00044625 | Registro: 08094196 | U.S. Intern: 603-INTERMACO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data Nascimento: 28/02/1968 | Idade: 51 Anos, 5 Meses | Sexo: FEMININO | Cor: PARDA

Estado Civ: SOLTEIRO(A) | Profissão: AGRICULTORA | Nacionalidade: | Nacionalidade:

Filiação Pat: LUIZ VIDAL SODRINHO | Mãe: ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL

Endereço: SÍTIO S. FROTE

Bairro: ZONA RURAL | Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE | Estado: PE | Telefone: 81751747

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Admissão de Trabalho [] | Admissão de Trabalho [] | Outros Admissões [] | Agressão []

Suicídio [] | Casos [] | Outros []

Nome da Associação: | Telefone particular:

Endereço: | Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO PUNHO

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO

S.A.D.:

Respostas Físicas: OK

Data de Atendimento: | Data do Atendimento:

Melhorado: | Decisão Médica: | Data do Internamento: 17/02/2019
 Alta Pedido: | Data da Alta: 19/02/19
 Transferência: | Direção: ORTOPEDIA
 Evolução: | Disciplina: ORTOPEDIA
 Indisciplina: | CRM: 52016-01

Hora: | Médico Responsável:

Inicio:	Fin de:	Término:
Cirujano:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:
DESCRIPCIÓN CIRÚRGICA:		Anestesiado:

- ANESTESIA
 - ASSEPSIA
 - SUTURA
 - CORTADO
 - 02 AO HÉPATICAS Nº 20

Dr. Edgardo Silva
 Cirujano / Maquinista
 C.M. 10.123
 Assinatura de Edgardo Silva



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

ALAN CARVALHO SILVA

necessita de 02 (dois) dias

para tratamento de saúde, a partir da presente data

CID Nº: S22.0

São José do Belmonte, 23 de Out de 2018

MARIA DA ROCHA VIDAL
Sex: Feminino
Data do nascimento:
10/04/1976

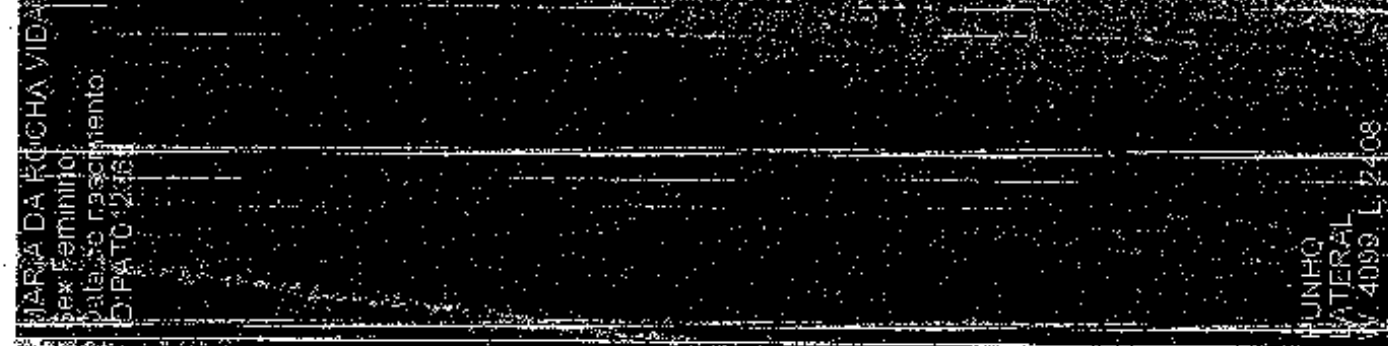
CEM



MARIA DA ROCHA VIDAL
Sex: Feminino
Data do nascimento:
10/04/1976

MARIA DA ROCHA VIDAL
Sex: Feminino
Data do nascimento:
10/04/1976

MARIA DA ROCHA VIDAL
Sex: Feminino
Data do nascimento:
10/04/1976



PUNHO
LATERAL
W 4105, L 2315
Escala: 0,01

PUNHO
LATERAL
W 4099, L 2408
Escala: 0,01

5cm
Escala: 0,01



Dra. Andreia Diniz
ANESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy
NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - UNG. MUSCULOESQUELÉTICO

Dra. Martha Arruda
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

Dr. Adeilson Feitosa
MEDICINA ORTOMOLECULAR
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio
FONOAUSEOLOGIA - TESTE DA ORELHA - ACOUSMETRIA
CLÍNICA DE SAUDE OCUPACIONAL

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José
REUMATOLOGISTA

Dra. Danielly Duarte
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
USG GINECOLOGIA E OBSTETRICA
MEDICINA PERINATAL

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 15/07/2019 no município de São José do Belmonte-PE. Após o acidente foi constatada fratura de rádio distal esquerdo. Realizada cirurgia no Hospital São Francisco para osteossíntese.

Hoje passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: relata dores e edema em punho esquerdo, com força em mão diminuída, limitação para realizar flexão, extensão, rotação interna e externa de punho, ainda relata dormência em mão esquerda.

No momento apresentando déficit funcional em 75% e déficit laboral em 75% para suas de agricultora.

Serra Talhada, 03 de dezembro de 2019.


Maria Tâmara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.815

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE SAÍDA 3408049/99 DATA DE EMISSÃO 23.09.99

NOME MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

FLACAS Luiz Vidal Sobrinho
Antonia Francisca Rocha Vidal

São José do Belmonte/PE 28.02.1968

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Cas. nº 1.890, Lv. 2 - Odont. Pl. 24579

Cart. da São José do Belmonte/PE

ASSINATURA DO QUILTA

LE Nº 7.116 DE 1966

Não Doador de Órgãos e Tecidos

B. Santo - Co



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL



doação da Rocha Vidal e Silva

MINISTÉRIO DA SAÚDE

 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
943.032.204-04

Nome
MARIA DA ROCHA VIDAL

Nascimento
28/02/1966



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE SAÍDA 3408049/99 DATA DE EMISSÃO 23.09.99

NOME MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

FLACAS Luiz Vidal Sobrinho
Antonia Francisca Rocha Vidal

São José do Belmonte/PE 28.02.1968

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Cas. nº 1.890, Lv. 2 - Odont. Pl. 24579

Cart. de São José do Belmonte/PE

ASSINATURA DO QUILTA

LEI Nº 7.116 DE 1983



1482661245

1482661245

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
PASSAPORTE

[Illegible text block]

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
PASSAPORTE

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
PASSAPORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS - SP

DETRAN - DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 01 15399 134 910000000 2013
 COL. R. NIVEL: 910000000
 ANO: 2013

PLACA: 100793134
 MARCA: FERRARIS DE SOUTA
 MODELO: BRUNO BRUNO
 ANO: 2013

DATA: 27/02/2013
 VALOR: 2098,00
 VALOR DO LICENÇA: 2513,20

DATA: 27/02/2013
 VALOR: 2098,00

CE Nº 01441496/993 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 2013

10.79211.453
 ANO: 2013
 ESTE É O REI BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERBO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.seguradomailde.com.br
 SAO DPVAT 0800 002 1004
 64336952858

PLACA: 100793134
 MARCA/MODELO: FERRARIS DE SOUTA
 ANO: 2013

REMIO TANFARIO
 VALOR: 4.01
 VALOR DO SEGURO: 80.05

SEGURO LIBER - DPVAT
 VALOR: 2513,20



DETRAN

CONTRON

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS - SP

DETRAN - DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 01 15399 134 910000000 2013
 COL. R. NÍVEL: 910000000
 MARCA: JEEP
 NOME: JEEP TERRA DE COCA
 ANO: 2013
 PLACA: 100793134

PLACA: 100793134
 ANO: 2013
 MARCA: JEEP
 NOME: JEEP TERRA DE COCA
 ANO: 2013
 PLACA: 100793134

DATA: 27/02/2013
 VALOR: R\$ 1.000,00
 DATA: 27/02/2013
 VALOR: R\$ 1.000,00

DATA: 27/02/2013
 VALOR: R\$ 1.000,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS - SP

DETRAN - DE
BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 01441496/993
 ANO: 2013
 Nº 01441496/993
 Nº 01441496/993

PLACA: 100793134
 ANO: 2013
 MARCA: JEEP
 NOME: JEEP TERRA DE COCA
 ANO: 2013
 PLACA: 100793134

DATA: 27/02/2013
 VALOR: R\$ 1.000,00
 DATA: 27/02/2013
 VALOR: R\$ 1.000,00

DATA: 27/02/2013
 VALOR: R\$ 1.000,00

DETRAN



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190604605
Nome do(a) Examinado(a): Maria da Rocha Vidal
Endereço do(a) Examinado(a): Si Serrote, 310
310 Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 340804999
Data local do acidente: [15/07/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: FIXAÇÃO COM FIOS DE K
Complicações: LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE / ATROFIA MUSCULAR
Data da Alta: 20/10/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

ATROFIA MUSCULAR
DEFICIT DE APREENSAO

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim () Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim () Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT DE MOBILIDADE
ATROFIA MUSCULAR

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva

CPF - 882.723.544-20

CRM/PE - 15122



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: ATROFIA MUSCULAR DEFICIT DE APREENSAO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO COM FIOS DE K
EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE / ATROFIA MUSCULAR
DATA DA ALTA: 20/10/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: APÓS NOVA AVALIAÇÃO E DIANTE DO ACIMA EXPOSTO CONCLUÍMOS QUE NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: ATROFIA MUSCULAR DEFICIT DE APREENSAO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO COM FIOS DE K
EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE / ATROFIA MUSCULAR
DATA DA ALTA: 20/10/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: APÓS NOVA AVALIAÇÃO E DIANTE DO ACIMA EXPOSTO CONCLUÍMOS QUE NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO: 50% PUNHO ESQUERDO.

@1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
 Profissão: Atividade Doméstica, portador(a) do RG 840.804.9/99, órgão expedidor SAP/PE
 e do CPF: 947.632.264-04 residente no(a) S. SERRA D'ÁGUA
 nº 310, bairro: RURAL, município: DELMIRO G. ALBUQUERQUE, PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSP/PE
 e do CPF: 008425324-29 residente no(a) ANTÔNIO TAVES DA SILVA
 nº 543, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHA DA I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constar em meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem tanto poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeita e fiel execução desta mandato, de vítima MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA CPF 947.632.264-04 data do acidente: 10/05/2019 ocorrência: AVULSÃO

Local e data:

Serra Talha da Rocha Vidal e Silva

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Reconhecer firma



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHA DA I. PE

titular: RECONHECIMENTO DE FIRMA

inscrição nº 4252222

Reconheço a Firma do Sr. GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO, profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSP/PE, e do CPF: 008425324-29 residente no(a) ANTONIO TAVES DA SILVA, nº 543, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHA DA I. PE, PE, em 10/05/2019 às 17:45:27.

Id: 0074872.VER.02/1902 10/05/2019 17:45:27

Consulte autenticidade em: www.treps.com.br

CARDOS DE QUEM ASSINA A RÓDUB (SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____

Profissão: _____, portador(a) do RG: _____, órgão expedidor _____

e do CPF: _____, residente no(a): _____

nº _____, bairro: _____, município: _____

<p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura de quem assina A RÓDUB</p>	<p>TESTEMUNHAS</p> <p>1º Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura</p> <p>TESTEMUNHAS</p> <p>2º Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura</p>
---	---

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373610/19

Número do Sinistro: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

CPF: 943.632.264-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA ROCHA VIDAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA DA ROCHA VIDAL : 943.632.264-04

Autorização de pagamento

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: 29/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373610/19

Número do Sinistro: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

CPF: 943.632.264-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA ROCHA VIDAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 04/12/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373610/19

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

CPF: 943.632.264-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA ROCHA VIDAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

MARIA DA ROCHA VIDAL : 943.632.264-04

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: 25/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367461/19

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

CPF: 943.632.264-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA ROCHA VIDAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

MARIA DA ROCHA VIDAL : 943.632.264-04

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: 22/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES