

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Elaudianor Araújo de Souza
Brasileiro(a), estado civil Solteiro Profissão Maxixeiro RG nº 3232 555,
expedido por SDS 1 PE CPF 621.781.804-34, residente e
domiciliado Rua Tucano, nº 6360, Casa 2531
Bairro União da Gama, Cidade Recife CEP 52081-034

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, SALAS 09 e 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE.

PODERES: Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia" prevista no Art. 38 do Código de Processo Civil, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, desistir, recorrer, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, agravar de instrumento e de petição, arguir exceção, formular recursos extraordinários e inominados, acompanhar andamento de processo, apresentar contra-razões, levantar, requerer ou receber Alvará Judicial, para dar quitação e transigir, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Olinda, 06 de Dezembro de 2018.

Elaudianor Araújo de Souza
Outorgante





Secretaria da
Micro e Pequena Empresa
da Presidência da República



DESTINATÁRIO :

CLAUDIONOR ARAUJO DE SOUZA 62178180434
RUA TACAICO, 6360 CASA 2531
VASCO DA GAMA
52081-034 RECIFE/PE

ECT - Data de postagem: 27/03/2014

2902

PARA USO DO CORREIO	
☐ Mudou-se	☐ Não Existe o Nº Indicado
☐ Desconhecido	☐ Falecido
☐ Recusado	☐ Ausente
☐ Endereço Insuficiente	☐ Não Procurado
☐ Outros	
Informações Escreva pelo Porteiro ou Síndico	
Responsável	
Reintegrado ao Serviço Postal em	

REMETENTE :
SECRETARIA DA MICRO E PEQUENA EMPRESA DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Esplanada dos Ministérios, Bloco "O", 7º andar
70052-900 - Brasília/DF





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 445791/2015.

NOME: CLAUDIONOR ARAUJO DE SOUZA.

Foi atendido às 21h21 do dia 09.03.2015.

Diagnóstico provável: ferimento estendido em dorso do
Sº Q15

Tratamento realizado: clonico

rx no mao e.

Obs. Foi feito uma outra consulta em
11/03/15

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 13/04/17

SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Paiva
Médico do SAME
CRM 3846

MÉDICO – CRM No.

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 900 164

Nome: CLAUDIONOR ARAUJO DE SOUZA

Foi atendido às 21:21 hs do dia 09, 03, 2015

Diagnóstico Provável: PACIENTE ADMITIDO COM
RELATO DE ACIDENTE DE TRABALHO
DIAGNOSTICO DE LER/DORTO DE TENDÃO
FLEXOR DO S. QUADRADO ES-
QUERDO.

Observação: PACIENTE INTERVISTADO AINDA SEM
PREVISÃO QUANTO A ALTA

Cópia de:

Médico - CRM nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM 01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Camila de Souza

REGISTRO: 113101 DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1970

RG: 3232955 ORGÃO EMISSOR: SDS-R

ENDEREÇO: Rua Talavera N.º 360 Casa 2531
Ilha da Gamboa

NOME DA MÃE: Albiteria de Conceição de Araújo

DATA ADMISSÃO: 11/03/17 DATA ALTA: 11/03/17

DATA DO PROCEDIMENTO: -/-/- CID: -/-/-

DIAGNÓSTICO: Exquerda

TRATAMENTO REALIZADO: Exquerda

Exquerda

Exquerda

MÉDICO: Norma V. Magalhães

CREMEPE: Exquerda

JABOATÃO DOS GURARAPES, 17 DE Abri DE 2017

Norma V. Magalhães
Tratamento
CRM - 8853

MÉDICO



Nome: Paulo Roberto Leite de Souza Idade: 45 Sexo: M

Endereço: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Profissão: Engenheiro de Telecomunicações

Estado Civil: Casado

Telefone: (11) 3000.0000

Endereço para correspondência: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de medicamentos: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de receitas: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de imagem: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de laboratório: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de fisioterapia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de psicologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de fonoaudiologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de nutrição: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de enfermagem: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de odontologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de radiologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de patologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de microbiologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de parasitologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de imunologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de hematologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de citologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de genética: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de toxicologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de imunopatologia: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Endereço para entrega de exames de microbiologia clínica: Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

- Tratamentos especiais:
- ☒ Uso de prótese dentária
 - ☒ Uso de fatores de coagulação
 - ☒ Uso de ortodontia
 - ☒ Uso de aparelho

ASSINATURA DE JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES
10/01/2019 - Hospital dos Guararapes - PE
Márcia Lúcia Alves (Doutora)
CNPJ: 06.908.000/0001-01

RESUMO DO CASO: PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, APÓS REUNIÃO CLÍNICA COM CHEFES DO SERVIÇO FOI DECIDIDO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

Exames de imagem: RX de coluna com lesão degenerativa CID: T029

Exames de laboratório: Não realizados CID:

Exames de fisioterapia: Não realizados CID:

Exames de psicologia: Não realizados CID:

Exames de fonoaudiologia: Não realizados CID:

Exames de nutrição: Não realizados CID:

Exames de enfermagem: Não realizados CID:

Exames de odontologia: Não realizados CID:

Exames de radiologia: Não realizados CID:

Exames de patologia: Não realizados CID:

TRATAMENTO CONSERVADOR.

Medicamentos: NS CID:

Exames de imagem: NS CID:

Exames de laboratório: NS CID:

Exames de fisioterapia: NS CID:

Exames de psicologia: NS CID:

Exames de fonoaudiologia: NS CID:

Exames de nutrição: NS CID:

Sistema União de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO				2 - CNES 0000656	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE				4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE <i>[assinatura]</i>				6 - Nº DO PROPRIETÁRIO <i>[assinatura]</i>	
7 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (DNBS)				8 - DATA DE NASCIMENTO <i>[assinatura]</i>	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL				10 - SEXO Masculino ☒ 1 Feminino ☒ 3	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. DO MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>[assinatura]</i>					
18 - EXAMES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>[assinatura]</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO (Causa de morbidade e mortalidade)					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
23 - NOME DO ANCIENIMENTO SOLICITADO <i>[assinatura]</i>					
24 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE EXISTENTE <i>[assinatura]</i>					
25 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
27 - NOME DO ACIDENTADO 28 - CNPJ DA SEGURADORA 29 - Nº DO BILHETE 30 - SÉRIE					
31 - NOME DO ACIDENTE TRABALHADOR 32 - CNPJ EMPRESA 33 - CNES DA EMPRESA 34 - CBO					
35 - NOME DO ACIDENTADO COM A PREVIDÊNCIA 36 - CNPJ DA PREVIDÊNCIA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE					
AUTORIZAÇÃO					
39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 40 - COD. ORGÃO EMISSOR 41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
42 - NOME DO DOCUMENTO 43 - Nº DO DOCUMENTO, CNES/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 45 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO					

Autenticado
em 02/01/2019
às 13:22:05
por JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES

CONFERIDO
DATA 02/01/15
AUTORIZADO



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 57700

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SES-ORTOPEDIA

Cartão SUS : 706807763613027

Responsável:

Observação:

Prontuário: 713107

Hora: 11/03/2015 12:05:59

Naturalidade

Nome: CLAUDIONOR ARAUJO DE SOUZA

Data de Nascimento: 03/11/1970

Sexo: MASCULINO

Idade: 44 Anos 4 Meses 8 Dias

Profissão:

CPF:

Identidade: 3232555 - SDS/PE

Fone: 88407254

Est. Civil: SOLTEIRO

Cônjuge:

Escolaridade:

Nome do Pai:

Nome da Mãe: ALBERTINA DA CONCEICAO DE ARAUJO

Endereço: RUA TACAICOL

Bairro: CASA AMARELA

CEP: 52070970

Cidade: RECIFE

UF:

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO

CRM: 17259

Unidade de internação: CLÍNICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

PAUZA com FRATURA de
tubo de tração no M.R.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FISICO GERAL:

est. geral bom. APM, com
tubo de tração.

AP - CARDIO - VASCULAR: N

AP - RESPIRATORIO: N

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO: N

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

(1) FRATURA de M.R. (F)

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

Data:

24/12/15

Hora de Saída:

h - Médico:

Dr. Jose Airton Alves
Médico
CRM: 17259

Rua Doutor Luis Reguera, 774 - Prazeres - CEP: 54160-054 - Hospital dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 3451-5300 - www.hmgpe.org



ATESTADO MÉDICO E LAUDO MÉDICO – PERÍCIA MÉDICA (INSS)

PACIENTE: CLAUDIONOR ARAUJO DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA CITADA ESTEVE INTERNADA EM NOSSO SERVIÇO, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA CITADA NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 15 (QUINZE) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID: S66.2?

DATA DE INTERNAMENTO: 11/03/15

DATA DE ALTA: 14/03/15

CONSULTA DE RETORNO: 02/04/15 ÀS 07H
MÉDICO ASSISTENTE: DR HERMES WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 14/03/15

Dra. Luísa Cortez
Médica
CRM 22.706

MÉDICO (A)

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA - DP18ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0108000920**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/04/2015** às **10:40**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **9/3/2015** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DE APIPUCOS, 01** - Bairro: **APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **HOTEL SENZALA**,
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JEFFERSON JOSE DE ALMEIDA (OUTRO)
CLAUDIONOR ARAÚJO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEFFERSON JOSÉ DE ALMEIDA

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

CLAUDIONOR ARAÚJO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALBERTINA DA CONCEIÇÃO DE ARAÚJO** Pai: **JOSÉ BERLAMINO DE SOUZA JÚNIOR** Data de Nascimento: **3/11/1970** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3232555/SDS/PE (RG). 62178180434 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MARCENEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 8188407254**

Endereço Residencial: **RUA TACAICO, 6360 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

JEFFERSON JOSÉ DE ALMEIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA DUAS ESTRADAS, 028 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEFFERSON JOSÉ DE ALMEIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON JOSÉ DE ALMEIDA**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYX8941** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **102259664** Chassi: **9C2ND1110FR003073**
Combustível: **ALCO/GASOL**

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

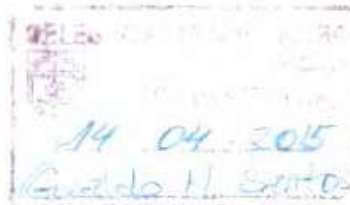
Complemento / Observação

DECLARA A VÍTIMA QUE VIAJAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA, PLACA: OYX-8941, DE PROPRIEDADE DO SR. JEFFERSON JOSÉ DE ALMEIDA, NAS PROXIMIDADES DO HOTEL SENZALA O VEÍCULO HILUX, PLACA NÃO ANOTADA, DEU UM TRANCA NA MOTOCICLETA, A VÍTIMA VEIO AO CHÃO FICANDO LESIONADA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SEU CUNHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE FORAM FEITOS OS PRIMEIROS SOSCORROS E NO DIA 11/03/2015, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRURGICA. A VÍTIMA APRESENTOU A FICHA DE ESCLARECIMENTO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO Nº 900 164, DATADA: 09/03/15, ASS. DR. ROBERTO NATANAEL S. MENDONÇA, CRM.10308. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

CLAUDIONOR ARAÚJO DE SOUZA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **GIVALDO MARCELINO DOS SANTOS - MAT. 153002-0**





(1)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170214179 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLAUDIONOR ARAUJO DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO CLAUDIONOR ARAUJO DE SOUZA

CPF/CNPJ: 62178180434

Posição em 13-12-2018 15:41:41

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última cor

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/10/2017	Negativa por ausência de comprovação documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/+TWBUlrfSRBUGlyHmV4fw==/Zapi_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqM0G2GdS+6HVKRLeQ+UKo__M=)
25/04/2017	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/___LEfAKobf1z__Adxg4TbLyCapi_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqM0G2GdS+6HVKRLeQ+UKo__M=)
25/04/2017	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ixH___y00Iyv__q6PzT8rmo&api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqM0G2GdS+6HVKRLeQ+UKo__M=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=CjwKCAIAo8jgBRAVEiwAJUXKqPEueU4L97VHaPau...> 1/1

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2017

Carta nº 11842181

a/c: CLAUDIONOR ARAUJO DE SOUZA

Sinistro: 3170214179 ASL-0147981/17
Vitima: CLAUDIONOR ARAUJO DE SOUZA
Data Acidente: 09/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IVONALDO RIBEIRO DA SILVA JUNIOR

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Claudionei Araujo de Souza

RG 3232.555, CPF 621.781.804-34

Residente na Rua Taucareo, nº 6360, Bairro Vila da Gamá

Cidade Recife, Estado de Pernambuco

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 06 de Dezembro de 2018

Claudionei Araujo de Souza

Assinatura do Declarante



