



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Amaro Jaime da Silva brasileiro(a), Estado Civil Casado, Profissão: _____, RG: 1504249 Expedido: SP3 /PE, CPF nº. 14823862468 residente e domiciliado na R. Pedro Alencar da Silva Bairro: Picadas Cidade: Jaboatão /PE

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 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

P O D E R E S

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", 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, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, 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.

Recife, 13 de Dezembro de 201 8.

Amaro Jaime da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Amaro Jaime da Silva

RG 1504349, CPF 128.23862468

Residente na R. Pedro Alves de M. 100, Bairro Floraes

Cidade Yobocata, 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, 13 de Dezembro de 2018

Amaro Jaime da Silva

Assinatura do Declarante



EC-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VARIAS BEM

CARTÃO DE IDENTIDADE

Amaro Jaime da Silva

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 1.504.349 DATA DE EXPIRAÇÃO: 20/07/2017

Nome: << AMARO JAIME DA SILVA >>

FILIAÇÃO: << >>

<< ALEXANDRINA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE: BARREIROS - PE DATA DE NASCIMENTO: 08/09/1957

DOC. ORIGINAL: << 077180 01 55 1983 2 00019 032 >>

0010780 18 JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE >>

CPF: 178.238.624-68

Assinatura: *CC. Almeida*

Assinatura do Diretor: *CC. Almeida*

LEI Nº 7.119 DE 28/04/83

217223582407134018.7569775 F-76 278.584 - 3021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: AMARO JAIME DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 08/09/1957

Nº INSCRIÇÃO: 2352400809

MUNICÍPIO / UF: JABOATÃO/PE

ZONA: 101

SEÇÃO: 0484

DATA DE EMISSÃO: 23/02/2002

Assinatura: *[Assinatura]*

VÁLIDA SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA



oi

TELEMAR NORTE LESTE S/A
 CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.001214
 RUA JOAQUIM FELIPE, 188 - RECIFE - PE CEP: 50050-965
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

ANDERSON SOUZA DA SILVA
 TV PEDRO ALVES DAS NEVES, 12
 PRAZERES JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE
 54340-681

PLANO LOCAL	HISTÓRICO DO CONSUMO DE MINUTOS	11/18	10/18
OI FIXO		08/18	07/18
PAG./LINHA DATA	DESCRIÇÃO	TEL. ORIGEM	TEL. CHAMADO HORARIO

EXCETO PROXIMO AO VALOR DO ITEM IDENTIFICA SERVIÇO REAFIRMADO, DESCONTO E/OU PARTICIPAÇÃO EM PLANO PROMOÇÃO
 VD - VALOR COM DESCONTO
 07/18 - PACOTE 1LTM PARA MÓVELS





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S45465** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento o **Sr. Amaro Jaime da Silva** no dia 03 setembro de 2015, às 21:12 min, na BR – 101 próximo a Plus Vita Pontezinha, Cabo de Santo Agostinho, vítima de queda de motocicleta.

O mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 06 de outubro de 2015.

Atenciosamente,



Krishnamurti Cabral Jr.

Coordenador Geral

SAMU CABO

Mat. 41446

Krishnamurti Cabral Junior
Coordenador Geral do SAMU
Mat. 41446

Endereço: BR -101 km 34 – Centro – Cabo de Santo Agostinho/PE – CEP: 54.510-000
Fone: 3521 – 5108 E-MAILS: samucabope@hotmail.com





LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 15/06/16

Nº PRONTUÁRIO: 33218

NOME DO PACIENTE: Amaro Junior da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura do osso metacarpo 5º

CID: S42.2 / S52.5

ORÇ: Operado no 04 meses. Período de recuperação de 12 meses. Retorno ao trabalho após 12 meses.

Nº DIAS

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico: Bruno Henrique P. de Lira

Carimbo: Bruno Henrique P. de Lira
Médico Legista
CRM-PE: 15.820
Matrícula: 347.849-1



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 277164
Usuário do Atendimento: KEILLAPB

Data e Hora do Atendimento: 03/09/2015 23:01
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: AMARO JAIME DA SILVA Prontuário: 33318
Nome da Mãe: ALEXANDRINA MARIA DA SILVA Nome do Pai:
Data do Nascimento: 08/09/1957 Idade: 57 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: CASADO RG: 1504349 SDS PE Data Emissão: 20/08/2011
CPF: 17823862468 Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: BARREIROS Escolaridade: FUNDAMENTAL 1A A 4A INCOMPLETO
Carteira Nacional SUS: 898003402161844 Ocupação Habitual: VENDEDOR
Endereço: RUA PEDRO ALVES DAS NEVES 12 PRAZERES
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES PE CEP: 54340680 Fone: 8188154319

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA Leito: LEITO-40

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 03/09/2015

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: *fratura de fêmur e tibia*
Diagnóstico: *fratura de fêmur e tibia*
Procedimento: *osteotomia e fixação com placa e parafusos*
Alta em: 11/09/2015 Hora: 15:00
Médico e C.R.M.: _____
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

Dr. Nelson Guedes
Enfermeiro

[Assinatura]
15/09/2015





HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação:

Nome: Amor João Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: _____

História da Doença Atual:

Fratura de
unha proximal (E)

Interrogatório Sintomatológica:

Dr. Carlos Riman
Ortopedista
CRM 15485







HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 277161

Senha da Classificação:

0051

Data e Hora: 03/09/2015 21:59

Paciente: 33318 AMARO JAIME DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 08/09/1957 Idade: 57 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMBURG

Nome da Mãe: ALEXANDRINA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: MEDICO PLANTONISTA 1

CRM:

Endereço: RUA PEDRO ALVES DAS NEVES- BAIRRO VILA SOTAVE

Bairro: PRAZERES

Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: MARTIENEKO

RG (Identidade): 1504349

SDS PE

Data de Emissão: 20/08/2011

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 17823862468

Fone: 8188154319

Cartão SUS: 898003402161844

Data de Emissão CRN:

Jefferson José de Melo
Faturamento / SIAVE

14 SET. 2015

RESUMO DE TRATAMENTO

EXCLUIDO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Ataque de colica, trauma em
ombro e provocou fratura exposta
de humero

Exame Físico

Refere dor no ombro

Aguarda avaliação de
cirurgião

Hipótese Diagnóstica

fratura PE

Conduta Terapêutica

Dr. Marcelo Lins
Cirurgião Plástico
CRM 13.754
RQE 17

Prescrição Médica

Rx fratura de humero proximal
+ clavícula exposta

Dr. Carlos Rihan
Ortopedia
CRM 15463

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico

Dr. Carlos Rihan
Ortopedia
CRM 15463





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 287525
Data e Hora: 10/11/2015 10:32

Senha da Classificação:

0020

Paciente: 33318 AMARO JAIME DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 08/09/1957 Idade: 58 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: ALEXANDRINA MARIA DA SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: MEDICO PLANTONISTA 1 CRM: 1
Endereço: RUA PEDRO ALVES DAS NEVES- BAIRRO VILA SOTAVE Bairro: PRAZERES
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: MICHELLINESM
RG (Identidade): 1504349 SDS PE Data de Emissão: 20/08/2011 Fone: 8188154319
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 17823862468 Data de Emissão CRN:
Cartão SUS: 898003402161844

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Prontidão no atendimento médico e cirúrgico.
No momento não há sintomas para
tratamento de longo prazo.

Exame Físico

Retenção de urina em volume exp.
Lesão do nervo radial.

História Diagnóstica

Retenção de urina.
(Só de urina tipo 1)

\$

Conduta Terapêutica

Retenção de urina.

Prescrição Médica

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:





GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Adriano Jaime da Silva Data: 3/9/15 Hora: 23:30 Registro: 33388
Convênio: SUS Lateral: Peso: Altura:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Carlos Rego Anestesiologista: Dr. Paulo
1º Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: Roberto

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Exatoma a retal clássica Início: 23:30 Término: 01:20
Anestesia: geral Início: 23:30 Término: 01:20

4 - PRE-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom () Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Respirada () Traqueostomizada
Tricotomia: () Sim () Não
C: na CC sem uso de Mecca

5 - ANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Pós-Cirúrgica: Sim () Não ()

5.1 EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PNI () Bomba CEC () Aspirador ()
Cabeleira Térmica () Eletrodo Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Monitor Elétrico () Local da Placa () Intensificador () Nº ()
Carro de Anestesia () Difusor ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início 23:30 Término
Protetor () Início Término
Gás Carbônico () Início Término
Outros:

5.2 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não ()
Punção Venosa: Sim () Não ()
Sonda Gástrica: Sim () Não ()

5.3 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: CIRURGIA:

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcoce () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: URPA S. Intensivo () UCOR () UTI () Apr. () Residência ()
Data: 3/9/15 Hora: 01:20 Enfermeira: Marlene Circunante: Wagdy





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE BLOCO CIRÚRGICO		
Nome: <u>Amore Joanne da Silva</u>		Registro: <u>8338</u>
Procedimento cirúrgico: <u>Pós-Est. exp. claustrada (E)</u>		Data: <u>03/09/85</u>
		Leito: _____
		Hora: <u>14:40</u>
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1. Ansiedade ()	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores de ____/____h ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☒ Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros	
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidade da dor ☒ Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo de ____/____h ☐ Realizar mudança de decúbito de ____/____h ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☐ Manter curativo oclusivo por ____h ☐ Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ____/____h ☐ Manter decúbito: _____ ☐ Realizar curativo compressivo ☐ Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente ☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____	



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/09/2015 21:58

Nome Paciente: AMARO JAIME DA SILVA
Cód. Paciente: 33318
Data de Nascimento: 08/09/1957
Sexo: Masculino
Idade: 57
Senha: 0051
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 277161
SAME: 33318



Período: 03/09/2015 21:58 - 03/09/2015 22:08

ELOINA PAULINA DE LIMA - COREN: 172938 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, DEU ENTRADA A VERMELHA COM SINAIS DE FRATURA EXPOSTA EM OMBRO/E, REFERE VÔMITOS, NEGA DESMAIOS.

Observação: ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA+CG.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Eliminador(es):
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade: CIRURGIA GERAL

*CERVICAL AP+
TOMIA + OMBRO E +
FRIA*

13586

25

Acolhido(a) por: ELOINA PAULINA DE LIMA - COREN: 172938 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/09/2015 22:08







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0130001760**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/03/2016** às **14:16**

Complementa o BO Número: **15E0130007377**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/9/2015** às **21:12**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 1, PONTEZINHA -**
Bairro: **PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
AMARO JAIME DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **AMARO JAIME DA SILVA**

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

AMARO JAIME DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALEXANDRINA MARIA DA SILVA**
Data de Nascimento: **8/9/1957** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA DA SOTAVE, 12 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AMARO JAIME DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMARO JAIME DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

23/03/2016 14:05





Placa **PGS6444** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **597797129** Chassi: **9C2KC1680ER487148**

Complemento / Observação

INFORMA O SR AMARO QUE NO DIA 03 DE SETEMBRO DE 2015 QUANDO TRANSITAVA NO BAIRRO DE PONTEZINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA CITADA, FOI SURPREENDIDO POR OUTRO VEICULO DE PLACA NAO INFORMADA QUE COLIDIU CONTRA A MOTOCICLETA CONDUZIDA POR ELE, CAUSANDO O ACIDENTE. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU OCORRENCIA DE NUMERO S45465 E LEVADA AO HOSPITAL DOM HELDER ONDE TEVE ATENDIMENTO MEDICO.

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

Amaro Jaime da Silva

AMARO JAIME DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MOISÉS MARINHO DA SILVA** - Matrícula: **319832-4**



23/03/2016







(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
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 parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180318029 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDNALDO JERONIMO DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO EDNALDO JERONIMO DE SOUZA

CPF/CNPJ: 10530406446

Posição em 13-12-2018 15:21:32

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/11/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
20/07/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/B96ncx2ug+hwHDbFGdS5AQ==/f?api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqOI2QpC682vuWxwc+60qUSY=)
18/07/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8OvPUr0ZoAreeeOnSNv5yQ==/f?api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqOI2QpC682vuWxwc+60qUSY=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=CjwKCAIAo8jgBRAVEIwAJUXKqPEueU4L97VHaPsu...> 1/3

