

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180540602

Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180540602**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Sinistro: 3180540602

Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180540602** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180540602

Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

012221864-22

Nome completo da vítima

MARIA BEZERRA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MARIA BEZERRA DOS SANTOS	CPF titular da conta	012221864-22	Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA - 51 MACAUBA DE CIMA	Número	3269	Complemento	
Bairro	DISTRITO ARAJARA	Cidade	BARBALHIA	Estado	CEARÁ
Email	luizcajuru@mail.com	CEP	63180-000	Telefone (DDD)	(88) 988570453

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECUZO INFORMAR
SEM RENDA
ATÉ R\$ 1.000,00
R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
ACIMA DE R\$ 10.000,00
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (257) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (041)
AGÊNCIA
div
CONTA
Nº
1957
8795 7
(Informar digito se existir)
(Informar digito se existir)
 CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO
Nº
Nº
AGÊNCIA
div
CONTA
Nº
div
(Informar digito se existir)
(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. de NORTE 13 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data:

X Maria Bezerra dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017

RECEBIDO EM:

16/11/18





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



Impresso nº 201812546

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 2238 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **19/09/2018 14:34:51**
 Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2018 16:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **SITIO TABULEIRO**
 Complemento:
 Bairro: **BARBALHA/CE**
 Ponto de Referência: **PRÓXIMO DA VILA ARAJARA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS**
 Nascimento: **29/10/1980** CPF: **042.221.864-22**
 RG: **98029097224** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **BALBINA BEZERRA DOS SANTOS**
JOAO LUIZ DOS SANTOS
 Endereço: **SITIO MACAUBA**
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **BARBALHA/CE**
 País: **BRASIL** CEP: **63.180-000** Telefone: **(88) 98126-9546**

Nome: **ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA**
 Nascimento: **24/11/1998** CPF: **074.670.723-17**
 RG: **2008723235-3** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**
JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA
 Endereço: **SITIO MACAÚBA DE CIMA , 3269**
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **BARBALHA/CE** CEP: **63.180-000** Telefone: **(88) 98133-3308**
 País: **BRASIL**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS**
 Nascimento: **29/10/1980** CPF: **042.221.864-22**
 RG: **98029097224** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **BALBINA BEZERRA DOS SANTOS**
JOAO LUIZ DOS SANTOS
 Endereço: **SITIO MACAUBA**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.180-000**
 Município: **BARBALHA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98126-9546**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNF1619** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi: **9C2KD0810GR474793** Renavam: **1101916009** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



Impresso nº 201812546

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 2238 / 2018

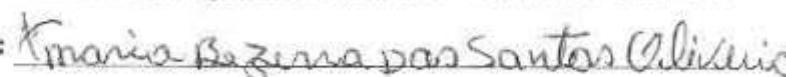
Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE ADVERTIDA NAS PENALIDADES DOS ARTS 340 E 342 DO CP QUE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL E HORÁRIO MENCIONADOS; QUE NO DIA DO FATO ERA CONDUTORA DO VEÍCULO PN 1619; QUE O VEÍCULO ENCONTRA-SE EM NOME DE SEU ESPOSO JOAQUIM ANTÔNIO DE OLIVEIRA PESSOA; QUE NÃO INGERIU BEBIDA ALCOÓLICA; QUE BOSSUO CNH; QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA SUA FILHA ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA, RESIDENTE COM A NOTICIANTE; QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA VELOCIDADE PERMITIDA QUANDO A CÂMARA DE AR DO PNEU DIANTEIRO DE SEU VEÍCULO ESTOOUROU E NO MEIO DE UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO; QUE POR ISSO ACABARAM ENTRANDO NUM MATAGAL VINDO A CAIR EM UM BURCAO; QUE NO MOMENTO QUEBROU O PÉ, MAS CONSEGUIU LEVANTAR E GRITAR POR SOCORR; QUE POPULARES QUE PASSARAM NO LOCAL AS SOCORRERAM PARA O HOSPITAL; QUE A NOTICIANTE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO EM BARBALHA-CE, COM UM FRATURA NO PÉ DIREITO; QUE SUA FILHA FOI SOCORRIDA E LAVADA PARA O HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE BARBALHA-CE, COM FRATURA NO NARIZ E ESCORIAÇÕES PELOS CORPO; QUE FORAM APRESENTADAS NA DELEGACIA FICHA DE ATENDIMENTOS HOSPITALARES, BEM COMO DEMAIS DOCUMENTOS AUTENTICADOS; QUE TESTEMUNHARAM O FATO MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA PESSOA, RESIDENTE NO SÍTIO MACAÚBA DE CIMA, N° 3265, ZONA RURAL DE BARBALHA-CE E LARISSA PESSOA ALENCAR, RESIDENTE NO SÍTIO MACAÚBA, 3269, ZONA RURAL DE BARBALHA-CE; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

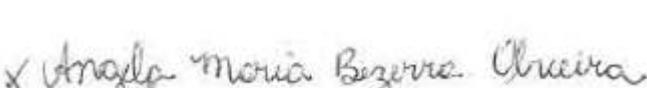
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 
Maria Bezerra Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :


FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIA BEZERRA DOS SANTOS

CPF da Vítima

042221864-22

Data do Acidente

12/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante legal

Telefone (DDDI)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João NORIE 13 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Maria Bezerra dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

16/11/18

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jaqueline Antônio de Oliveira Pessas,
RG nº 2008895111, data de expedição 22/08/2014
Órgão SSPCE, portador do CPF nº 249125548-04,
domicílio na cidade de Barbalha, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Macauha, nº —,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria Bezerra das Santas Oliveira o condutor era
Maria Bezerra das Santas Oliveira

Veículo: Honda/NXR 160 Bros

Modelo: B16S 160 ES/DO

Ano: 2016

Placa: PNE1619-CE

Chassi: 9C2K008106R1241793

Data do Acidente: 12-06-2018

Local e Data: BARBALHA-CE 18/09/2018

Jaqueline Antônio de Oliveira Pessas

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autoridade ou fideim)

Maria Bezerra das Santas Oliveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

(Sem reconhecimento de firma)



RECEBIDO EM:

16/11/18



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3322440

Pedido.....: 834010

Paciente.....: 46038 - MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Idade.....: 37a 7m 28d

Solicitante....: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)

Atendido....: 12/06/2018

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Laudo.....: 12/06/2018

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

PÉ DIREITO

- Fratura no terço distal no 3º metatarso do pé direito.





Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3328700 Pedido...: 835498
79658 - ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA Idade.....: 19a 7m 10d

Paciente.....:
Solicitante....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL Atendido.: 20/06/2018
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO Laudado.: 20/06/2018
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

SEIOS DA FACE FN -MN-LAT-HIRTZ

- Alterações morfoestruturais em osso próprio do nariz, podendo estar associado a fratura. Correlacionar com exame físico.

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682



RECEBIDO EM,
16/11/18

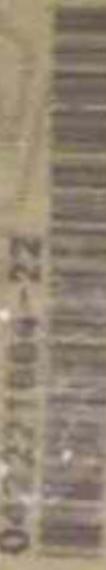
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MARIA ALICE DA SILVA FERREIRA

Data de Nascimento

04/22/1989-22

Sexo:

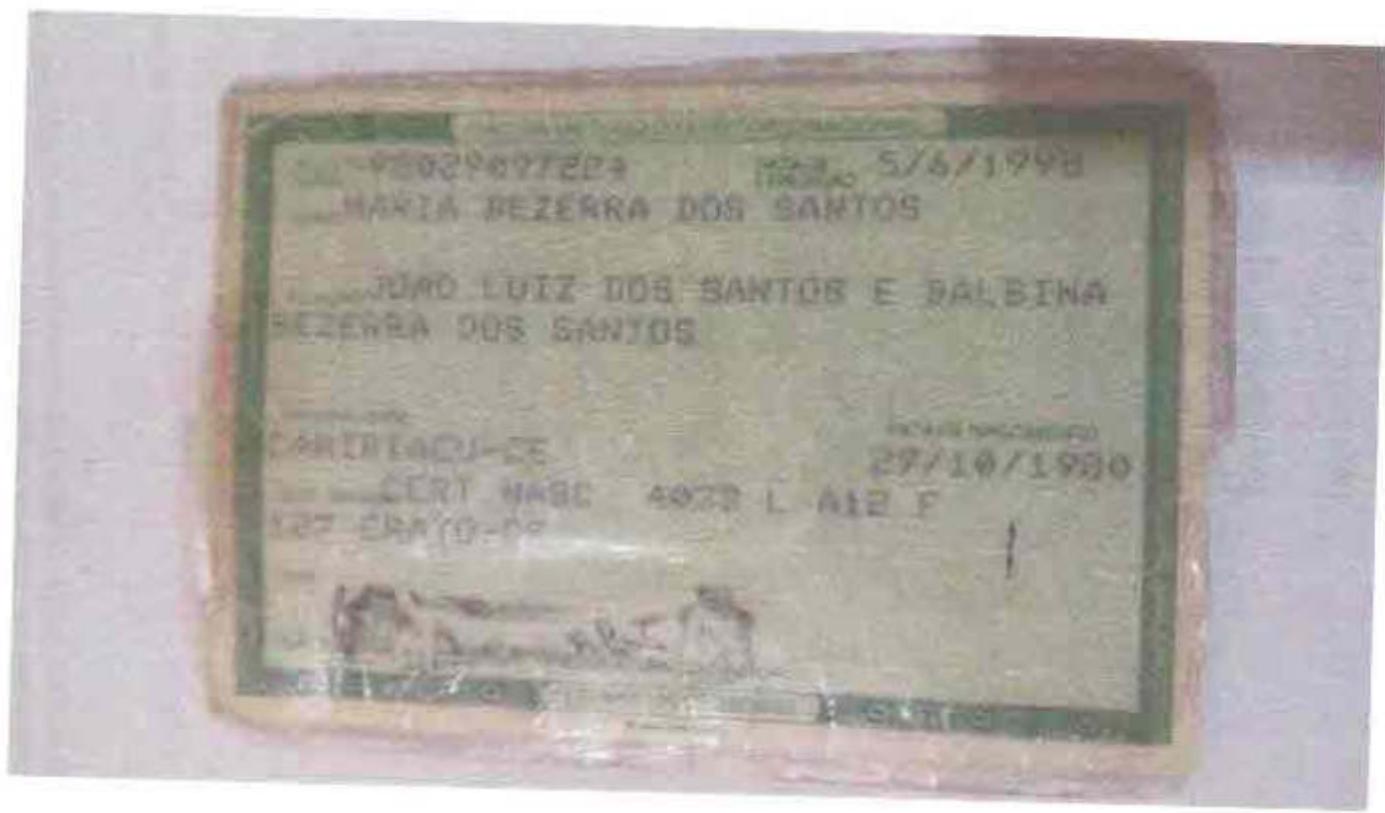


UF: SP
Cidade: São Paulo

Estado: São Paulo
UF: SP



CPF: 04221889-22
Nome: MARIA ALICE DA SILVA FERREIRA
Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 04/22/1989
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Vila Mariana
Cidade: São Paulo
UF: SP
CEP: 01234-000
Tel: (11) 98765-4321



RECEBIDO EM,
16/11/18

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MARIA ALICE DA SILVA FERREIRA

Data de Nascimento

04/22/1969-22

Sexo:



UF: SP
Cidade: São Paulo

Estado: São Paulo
UF: SP



CPF: 04221669-22
Nome: MARIA ALICE DA SILVA FERREIRA
Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 04/22/1969
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Vila Mariana
Cidade: São Paulo
UF: SP
CEP: 01234-000
Tel: (11) 5555-1234

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416743/18

Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 042.221.864-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA : 042.221.864-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 16/11/2018

Nome: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 042.221.864-22

Data do cadastramento: 16/11/2018

Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

LEVI OLIVEIRA AMANCIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416743/18

Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 042.221.864-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA : 042.221.864-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 16/11/2018

Nome: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 042.221.864-22

Data do cadastramento: 16/11/2018

Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

LEVI OLIVEIRA AMANCIO