

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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

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



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, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

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



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, 25 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190546771**

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002238-1

Conta: 000008245-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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



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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/06/2020, 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

Carta nº 15861880



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 ASL

CPF da Vítima

027.910.914-83

Nome completo da vítima

Maria APARECIDA de Holanda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Maria APARECIDA de Holanda	CPF titular da conta	027.910.914-83	Profissão	Receuse
Endereço	R. Vale do Rio	Número	80	Complemento	
Bairro	Centro	Cidade	Jagor dos gatos	Estado	PE
Email				Telefone (DDD)	81.9.9666-6746

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DV
 (Informar dígito se existir) CONTA NRO. DV
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.
Brasil		001
AGÊNCIA NRO.	DV	CONTAS NRO.
223.8	4	8245
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

Jagor dos gatos 05 de Setembro de 2018

Local e Data

Maria APARECIDA de Holanda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL S.A.
17/07/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.25.23
3223870300

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2238-1 CONTA: 8.245-7
CLIENTE: MARIA APARECIDA HOLANDA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----16/05/2017-----		
Saldo Anterior		
----- NAO HA LANCAMENTOS -----		

Saldo	
Juros *	
Data de Debito de Juros	01/08/2018
IOF *	
Data de Debito de IOF	01/08/2018
(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diarios no mes anterior ao debito.	

OBSERVACOES:

Leda no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima	Nome completo da vítima:		
31801543262	027.910.914-83	Marie Aparecida de Holanda		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Endereço:	027.910.914-83	Número:	Complemento:
RECLUIDA	R. Vila do Céu	80		
Bairro:	Cidade:	Brasília	Estado:	CEP:
E-mail:				Tel.(DDD): 61.9.9666-674

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

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

8245

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)

Local e Data, 03.12.18
Nome: Marie Aparecida de Holanda
CPF: 027.910.914-83

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X NOVA Aparecida de Holanda
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE (Frente e verso)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

BANCO DO BRASIL S.A.
17/07/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.25.23
3223870300

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2238-1 CONTA: 8.245-7
CLIENTE: MARIA APARECIDA HOLANDA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----16/05/2017-----		
Saldo Anterior		
----- NAO HA LANCAMENTOS -----		

Saldo	
Juros *	
Data de Debito de Juros	01/08/2018
IOF *	
Data de Debito de IOF	01/08/2018
(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diarios no mes anterior ao debito.	

OBSERVACOES:

Leta no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

**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: 3190546771
Nome do(a) Examinado(a): Maria Aparecida de Holanda
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Vila do Cipo, 80
Lagoa dos Gatos Lagoa dos Gatos PE CEP: 55450-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 602103101
Data local do acidente: [23/06/2018]
Data local do exame: [14/10/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO DIREITO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/06/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 26/06/2018, RECEBEU ALTÀ APÓS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE DORSO RADIAL DO ANTEBRAÇO DE 12 CM, ALEM DE AFIRMAR DOR E DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Data da Alta: 27/06/2018

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

AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO EM 1,5 CM, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE DORSO RADIAL DO ANTEBRAÇO DE 12 CM, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO PUNHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA PRONADAÇÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO COTOVELO GRAU II, AFIRMA DOR E DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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

Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 099º CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DOS
GATOS - DP99ºCIRC DINTER1/14ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0189000252

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/08/2018** às
10:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **23/1/2018** às **06:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SITIO LAJEDO - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)
MARIA APARECIDA DE HOLANDA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA**

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

**MARIA APARECIDA DE HOLANDA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe
MARIA DE NAZARÉ DE JESUS Pai: OLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA Data de
Nascimento: 28/10/1976 Naturalidade: LAGOA DOS GATOS / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 82, RUA CICERO LAURENTINO
DA SILVA - CEP: 5 - Bairro: VILA CIPO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Data de Nascimento: 1/1/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL**

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

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

M.R.

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/MÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PAS/MOTOCICLETA HONDA/GG 188 TITAN KS PLACA KKA7732 E CHASSI SC2KG08187R148362**

Complemento / Observação

INFORMA A DECLARANTE QUE NO DIA 23/06/2018 ESTAVA NA GARUPA DA MOTO DO SR. JOSÉ ROSENILSON QUANDO UMA MOTOCICLETA DE ALGUÉM DESCONHECIDO PAROU ABRUPTAMENTE NA FRENTES E VIERAM A COLIDIR COM A MESMA, DERRUBANDO-LHE AO CHÃO; QUE DA QUEDA QUEBROU O BRAÇO DIREITO. NADA MAIS FOI DITO.

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



B.04º USPC
99º Circuito
Assistido por: Maria Cecília da Costa Gencalves Brito - Matrícula: 3873438

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 99ª CIRCUOSCRICAO - LAGOA DOS
GATOS - DP99/CIRC DINTER/14/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0189000304

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/09/2018 às
12:10

Complemento à BO Número: 18E0189000252

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cupapa (Cunhambebe)
que aconceu no dia 20/09/2018 às 06:00

MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SITIO
CAUBO - ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS - PERNAMBUCO
BRASIL
VIA PÚBLICA

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARIA APARECIDA DE HOLANDA (presente no plantão) - Seu. Fumigineiro
MARIA DE MAZARIE DE SOUZA - ALFREDINO MORAES DE HOLANDA (ausente)
MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS - PERNAMBUCO / BRASIL
DA SILVA - CEP: 56360-000 VILA CIPÓ - LAGOA DOS GATOS PERNAMBUCO / BRASIL

ARUANA SEGURADORA
27 DEZ 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

CICLO - quando se deu o acidente - não - que estava no trânsito (fuga),
não - quando se deu o acidente

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

MARIA APARECIDA DE HOLANDA (presente no plantão) - Seu. Fumigineiro
MARIA DE MAZARIE DE SOUZA - ALFREDINO MORAES DE HOLANDA (ausente)
MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS - PERNAMBUCO / BRASIL
DA SILVA - CEP: 56360-000 VILA CIPÓ - LAGOA DOS GATOS PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA (não presente no plantão) - Seu.
Masculino - não de identidade - titulares - não informado - não informado / PERNAMBUCO /
BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Seu. Desconhecido - não - não
informado - PERNAMBUCO / BRASIL

Digitized by srujanika@gmail.com

Qualificação desse objeto é anotado:

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР МОТОЦИКЛЕТА НОНДАГО 150 ТИТАН ИЗ ПЛАСТИКА ИМЕЮЩИЙ НОМЕР ИММОБИЛИЗАЦИИ ИММ 7732 Е ЧАСТИ

Complementos de verbação

INFORMA A DECLARANTE QUE NO DIA 25 DE SETEMBRO ESTAVA NA PARADA DA MOTO DO SR. JOSÉ ROSENILSON DURANTE UMA MOTOCICLETA DE ALGUEM DESCONHECIDO PAREI APENAS PARA FAZER UMA PAUSA E VIU-MA A COLIDIR COM A MESMA, DESARRANJANDO-SE AS LÂMINAS, QUE DA QUILA QUEBROU O BRAÇO DIREITO. NADA MAIS FOI DITO. A VITIMA NAO TEM INTERESSE EM DAR SEGUIMENTO AO PROCEDIMENTO CRIMINAL, ESTABILIZADO APENAS PARA FIM DE REGISTRO.

Assinatura do(s) policial(es) presente(n) neste ato policial

MARIA APARECIDA DE HOLANDA
(VITIMA) Maria aparecida de Holanda

EDUCACIÓN SUPERIOR - FUSIÓN CELESTE 2023 - SISTEMA - MATERIALES DIDÁCTICOS

ARUANA SEGURADORA
27 DEZ 2013



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima	Nome completo da vítima:		
31801543262	027.910.914-83	Marie Aparecida de Holanda		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Endereço:	027.910.914-83		
Mercadoria	R. Vila do Cipó	Número: 80		
Bairro:	Cidade: Belo Horizonte	Complemento:		
E-mail:	Estado: MG	CEP:		
	Tel.(DDD): 81	81.9.9666-674		

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

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)

Local e Data, 03 de dezembro de 2018
Nome: Marie Aparecida de Holanda
CPF: 027.910.914-83

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X NOVA Aparecida de Holanda

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE (Frente e verso)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA / SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

DATA: 23/06/18

HORA: 7:33

REGISTRO: 1000.199

NOME: Regina Aparecida de Holanda

IDADE: 41 anos

DATA DE NASCIMENTO: 09/10/75

ENDEREÇO: Uita cipo

NATURALIDADE: Lagoa dos Gatos

PROFISSÃO: Agricultor cont.

RESPONSÁVEL: A mesma

IDENTIDADE:

CARTÃO DO SUS:

PLAQUETA:

PESO:

PA:

TEMPERATURA:

PULSO:

EC:

PR:

QUEDA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente de moto com

DADOS CLÍNICOS: Suspeita de Fratura no Rádio (D)
apresentando edema, dor + dificuldade de

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Motoboyas.

DIAMES SOLICITADOS:

HD = Polifarmacêutico

TRATAMENTO PROPOSTO: 545 3819

DIAMES SOLICITADOS: (1) Tiamo 50 mg - ITU

(2) Encaminhado ao Traumato ortopedista
do HRA - Senha 545 3819

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

João Bosco de Albuquerque

MÉDICO

CRM-EPE: 20.161

DESTINO DO PACIENTE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

INTERNADO PARA OBSERVAÇÃO

LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

LIBERADO PARA RESIDÊNCIA C/ MEDICAÇÃO PRESCRITA

TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE

ALTA PEDIIDO

OBITO

TRANSFERIDO PARA:

MÉDICO / ASSINATURA / CARIMBO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02238-1

CONTA: 00000008245-7

Nr. da Autenticação DCDDE831F1DE97CD

23/09/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvilitoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita do Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita da telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	
EDIVALDO BATISTA DE OLIVEIRA	
CPF: 059.687.354-90 NIS: 16093720013	

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RUA VILA DO CIPO 80	
LAGOA DOS GATOS/LAGOA DOS GATOS 55450-000 LAGOA DOS GATOS PE	

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO 30/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/09/2019	CONTA CONTRATO 002593136011
TOTAL A PAGAR (R\$) 16,88	DATA DA APRESENTAÇÃO 23/09/2019	Nº DO CLIENTE 2002642020
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 078574763	Nº DA INSTALAÇÃO 0001848007
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO FFFA.1617.A3CB.B4B5.7168.314F.407E.F59B		

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19198126	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	24,00	0,32911071	7,89
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,98
Multa por atraso-NF 074874960 - 23/08/19			0,23
Juros por atraso-NF 074874960 - 23/08/19			0,02
PRO-CRIANÇA-(081)3412-8980 0900 031 6989			0,98
TOTAL DA FATURA			16,88

ARMAZÉM OCCURADORA
23 SET 2019

Tarifas Aplicadas		Histórico do consumo	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19198126	KWh	
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200		
Composição do consumo		Consumo	
Geração de Energia	7,14	R\$ 48,67	
Transmissão	0,72	4,91	
Distribuição (Celpa)	4,36	29,72	
Encargos Sistólicos	0,43	2,93	
Tributos	0,65	4,43	
Pontos de Energia	1,37	9,34	
TOTAL	14,87	100	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	14,67 0,81 6,11

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	LEITURA	LEITURA	MT DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MD52052	CAT	23/08/2019	11.062,00	23/09/2019	11.116,00	31	1.00000	0,00	54,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
01/09/2019					
DIG-No de horas sem Energia		0,00	6,00	12,00	24,12
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,42	8,85	17,70
DMIC-Duração máxima da Interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00
DICRI-Duração da Interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo do Usd = R\$ 6,78					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração das Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você marisa de oliveira cunha - met rua do comércio no 35 centro / net informática: rua do comércio 53 centro/leia completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura é bandeira em vigor à Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível da tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL). Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. multa Ieipm do ICMS conforme art. 5, XLVII, a, 2.2.2, do RICMB-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 16,84 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	MÍNIMO	MÁXIMO
220	±02	212	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
autodatendimento.celpe.com.br/NDR_DCSRUCESS_D-home-neologow-sap.com/servlet/login_recenegria.com.RFCConversaoServlet?redirfatura=true&...	09/2019	16,88	30/09/2019	

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte Integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Arci Gehril Lechner Inscrito(a) no CPF sob o Nº 120.046.114-21, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Arcene Alparecile de Holanda Inscrito(a) no CPF sob o Nº 023.910.914-83, do sinistro de DPVAT cobertura Indicado da Vítima Arne Alparecile de Holanda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.910.914-83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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



Recurso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Av. Brasil Perere mts</u>	Número	<u>257</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>81.9.91666.6746</u>

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

João Pires 05 de Setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu JOSE ROSENILSON DE OLIVEIRA.

RG: 9.976.007, data de expedição: 06/10/2014

Órgão S.D.S portador do CPF: 126.300.174-27

Com domicílio na cidade
de: LAGOA DOS GATOS

Estado de: PERNAMBUCO, Onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada): R. Severino França

Nº: S/N, Complemento: CASA

DECLARO, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:

MARIA APARECIDA DE HOLANDA

, cujo condutor era JOSE ROSENILSON DE OLIVEIRA

Veículo: PAS / MOTO CICLETA

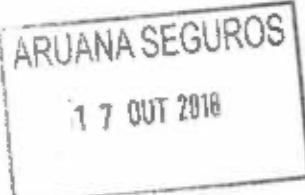
Ano: 2007

Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS

Placa: KKA 7732

Chassi: 9G2KCG08107R148302

Data do acidente: 23/06/2018



José Rosenilson de Oliveira

Assinatura do declarante

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

CARFÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO - LAGOA DOS GATOS - PE
TITULAR: EUDINA ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Telefone: (81) 3692-1003

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: JOSE
ROSENILSON DE OLIVEIRA; dou fé. Em testemunha
da verdade. Emol. R\$3,49 - TSRN. R\$0,76 FERC.
R\$0,39. EUDINA ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA -
Substituto

Selo: 0076421.EMB03201801.02259 06/08/2018 09:52:38
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

HR
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 423667

Prontuário: 320512

Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data Nasc.: 29/10/1978

Idade: 41

Sexo:

FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 02791091463

RG: 602103101

CNS: 163962029060018

Endereço: RUA CICERO LAURENTINO

Bairro: VILA CIPO

Cidade: LAGOA DOS GATOS

Nº: 82

CEP: 55450000

Fone: 71218658

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: MARIA NAZARE DE JESUS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO

Data: 23/09/2018 11:30

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Fora de casa de moto e caiu no chão.
Foi socorrida por uma ambulância.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Edema e hinchado de membro

Diag. Provisório:

Fratura de coluna de torso e braço
de cintura de torso

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

Prescrição:

Dieta:

Data:

Horário:

O paciente é orientado Dr. AP/Bras

Ponto Dr. AP/Bras

Cotovelo Dr. AP/Bras

23/09/18

(3) Tolerou exame, pôs em dia

MSD



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

3 - Evolução / Exames

Rene em ótimo quadro sem
mudanças favoráveis de suas agressões
estável feto de duas horas D.C.P.
nao temos
Todavia para procedimento
e segue est abge de emergencia

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Data: / /

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: Internamento

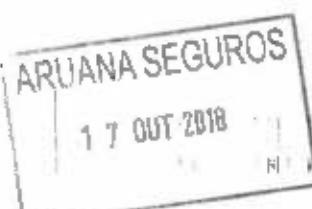
Condicao do Atual

Curado Melhorado Inasterado Óbito

Data: / / Hora: Médico: CRM:

6/23/2018 11:37:19 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC





NOME: Maria Aparecida de Melo

REG.: 119950

DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1976

DATA DA CIRURGIA: 26/06/15

DIAGNÓSTICO: Fratura Radial na 5ª fira
e Hora e hora fer

TRATAMENTO: Cirurgia e placa fer

DATA DO RETORNO: 24/02/18

MOTIVO DO RETORNO: Incessus secundario
nas fer fendas 90 gr.

do Marilson V. Costa
Traumatologista-Ortopedia
CRM-5980

BRUANA SEGUROS
17 OUT 2018



NOME: Márcio Alves de Oliveira

LAUDO MÉDICO

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Grestos de gume parcial D CID-10: S52.3, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 26/02/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

84 cm de altura
57 kg de massa, com
trauma no tâmbor 01/10/18

Bezerros, 18/09/18 6/18 Endo

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	12/03/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	12/03/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Silva José da Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura exposta do punho esquerdo.		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Fissão com placa interna Bloqueio			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EXISTE ALGUM DEFERITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: 1) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º Dor + Enquadramento + Perno Fractado	
2º Nf de 50% do membro inferior	
3º Esquerdo	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12/06/19 A 02/09/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Dr. Marcos Bezerra
Ortopedia e Traumatologia
Doenças do Ombro e Cotovelo
CRM: 14.541 / SEOT: 12036

Local: Caxias, DATA: 12/09/19 ASSINATURA E CARIMBO: [Assinatura]

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23/06/18 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23/06/18

NOME COMPLETO DA VITIMA: *Maria Anna Bezerra de Oliveira*

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura do rádio direito

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Fixação com placa e Parafusos

ALTA MÉDICA? SIM NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? SIM NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º Dor + limitação dos movimentos

2º Do Antebraço direito - 50%

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE *10/07/19*
~~02/05/18~~ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Marcos Bezerra
Tratamento
Ortopédico e Cúrcico
CNPJ: 11.111.111/0001-11

RUA DA SERRADOURA

06 MAI 2019

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 423667

Prontuário: 320512

Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data Nasc.: 29/10/1978

Idade: 41

Sexo:

FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 02791091463

RG: 602103101

CNS: 163962029060018

Endereço: RUA CICERO LAURENTINO

Bairro: VILA CIPO

Cidade: LAGOA DOS GATOS

Nº: 82

CEP: 55450000

Fone: 71218658

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: MARIA NAZARE DE JESUS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO

Data: 23/09/2018 11:30

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Buril no joelho esq. com dor no entrelíneo.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Edema e limitação de movimento

Diag. Provisório:

Fx de fratura de sacro e fratura de cintura de L1-L2

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

Prescrição:

Dieta:

Data:

Horário:

O paciente é intubado Dr. AP/RN

Ponto Dr. AP/RN

Cotovelo Dr. AP/RN

23/09/18

Assinatura

(3) Tolerando exala fôlego

MSD



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

3 - Evolução / Exames

Rene em ótimo quadro sem
mudanças favoráveis de suas agressões
estável feto de duas horas D.C.P.
nao temos
Todavia para procedimento
e segue est abge de emergencia

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Data: / /

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: Internamento

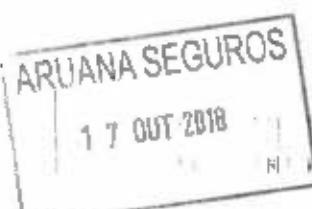
Condicao do Atual

Curado Melhorado Inasterado Óbito

Data: / / Hora: Médico: CRM:

6/23/2018 11:37:19 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC





NOME: Maria Aparecida de Melo

REG.: 119950

DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1976

DATA DA CIRURGIA: 26/06/15

DIAGNÓSTICO: Fratura Radial na 5ª fira
e Hora e hora fer

TRATAMENTO: Cirurgia e placa fer

DATA DO RETORNO: 24/02/18

MOTIVO DO RETORNO: Incessus secundario
nas fer fendas 90 gr.

do Marilson V. Costa
Traumatologista-Ortopedia
CRM-5980

BRUANA SEGUROS
17 OUT 2018



NOME: Márcio Alves de Oliveira

LAUDO MÉDICO

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Grestos de gume parcial D CID-10: S52.3, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 26/02/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

84 cm de altura
57 kg de massa, com
trauma no tâmbor 01/10/18

Bezerros, 18/09/18 6/18 Endo

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

RECEITUÁRIO

DATA

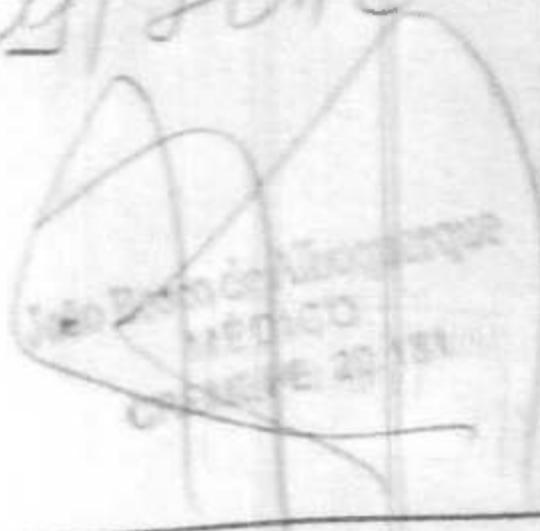
3/11/2018

NOME:

Maria Flávia de Souza
Lauda Módo

O paciente acima
referida foi por uma
escavacada e que
da diáfragma lado
CID 10: S52.3, levou
ado referida e ho-
mologado em 26/06/2018
cirúrgico em 26/06/2018
e a alta hospitalar
em 18/09/2018

ARUANA SEGURADORA
19 NOV 2018



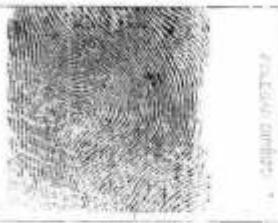


ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBELTON DAUNT

8660-3



54653952

Maria Aparecida de Holanda

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DEPAL

60.210.310-1

1 via

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/08/2015

NOME

MARIA APARECIDA DE HOLANDA

SILIAÇÃO

COLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA

MARIA NAZARÉ DE JESUS

NATURALIDADE

LAGOA DOS GATOS - PE

DATA DE NASCIMENTO

29/10/1976

DOC ORIGEM

LAGOA DOS GATOS - PE LAGOA DOS GATOS CC:LV.B03 /FLS.115V/
Nº00827

CPF

027910914/83

Gelson Pedro Mineiro
Delegado de Polícia Civil do Rio (180.337-SP)

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018

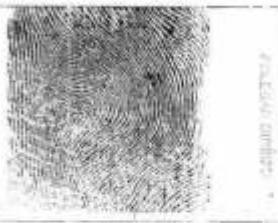


ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBELTON DAUNT

8660-3



54653952

Maria Aparecida de Holanda

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DEPAL

60.210.310-1

1 via

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/08/2015

NOME

MARIA APARECIDA DE HOLANDA

SILIAÇÃO

COLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA

MARIA NAZARÉ DE JESUS

NATURALIDADE

LAGOA DOS GATOS - PE

DATA DE NASCIMENTO

29/10/1976

DOC ORIGEM

LAGOA DOS GATOS - PE LAGOA DOS GATOS CC:LV.B03 /FLS.115V/
Nº00827

CPF

027910914/83

Gelson Pedro Mineiro
Delegado de Polícia Civil do Rio (180.557-SP)

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.664.677 01/02/2013

<< JOÃO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA >>

<< EUCLIDES ALVES DA SILVA JUNIOR >>
<< KATIA REJANE ARALJO BARBOSA >>

DIADEMA - SP 18/11/1996

<< CN.147345 L.246A F.178F CART.
DIADEMA-SP 22.11.1996 >>

120.046.114-21

FESTINARADO DEBTUR
LEI Nº 7.119 DE 29/08/89

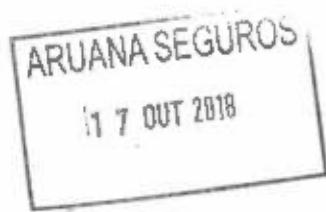
R

F-53 96.362 4323

~~JOÃO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA~~

~~EUCLIDES ALVES DA SILVA JUNIOR~~

~~KATIA REJANE ARALJO BARBOSA~~



ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE **014205342345**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	915222400	XXXXXX	2018
NOME			
JOSE ROSENBLUM DA GUARDA			
AGRESTINA - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
126.300.174-27	KRA7732		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
***** / PE	9C28C00107R146302		
ESPECIE / TIPO	COMBUSTÍVEL		
SAC / MOTOCICLETA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / CG 150 TITAN KS	2007	2005	
CAP / PDT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2B / 149CC	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
I / TRAVA 2018 QUITADO	1*	XXXXXX	
P / FAIXA LARVA	2*	XXXXXX	
V / FAIXA LARVA	3*	XXXXXX	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADO ENSO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
Local	Data		
AGRESTINA	26/04/18		
Cópias: Aniteto Soárez Silveira Maurício Pinto presidente DETRAN/PE			

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 014205342345 BILHETE DE SEGURO DPVAT

AGRESTINA - PE - RUA DA UNIVELINA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 26/04/18

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 126.300.174-27 KRA7732
RENAVAM MARCA / MODELO
915222400 HONDA / CG 150 TITAN KS
ANO FAB. CHASSI
2007 9C28C00107R146302

PRÉMIO TARIFÁRIO
PMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
 COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTE DOCUMENTO O QUANTO O BILHETE DEVE SER PAGO É DE PORTO CERTIFICADO





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Pereira de Noronha

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA 027.410.914-83PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Foto Gabriel Noronha filhos de suaQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR JV fragul Pereira antuNº 252 COMPLEMENTOBAIRRO LinhaCIDADE CariacicaUF PECEP 29050-000

E-MAIL

TELEFONE (81) 9.9254-6746
9.9254-7533

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENÇÃO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • MORTE = R\$ 23.500,00 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
|------------------------|--|

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE 01.6664-677ASSINATURA Gabriel S. Noronha

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME Nathalia F. SouzaASSINATURA Nathalia F. Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546771 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO EM 1,5 CM, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE DORSO RADIAL DO ANTEBRAÇO DE 12 CM, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO PUNHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO COTOVELO GRAU II, AFIRMA DOR E DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546771 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 25/01/2019 - SEM SEQUELA.
@1 / @2 - SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MARIA APARECIDA DE HOLANDA RG:
60.210.310-1, CPF: 027910914-83 Endereço:
RUA VILA DO GIP, N° 60, LAGOA DOS CATOS - PE

Outorgado: JOÃO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA RG:
9.664.677, CPF: 120.046.314-21 Endereço:
AV. MIGUEL PEREIRA NETO, N° 250, CENTRO/CUPIRA - PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima MARIA APARECIDA DE HOLANDA RG:
60.210.310-1, CPF: 027910914-83

Lagoa dos Gatos, 06 de Agosto de 2018

PF

Maria aparecida de Holanda

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO - LAGOA DOS GATOS - PE
titular: EDILINA ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Telefone: (81) 3692-1003

Reconheço por AUTÊNTICIDADE a firma de MARIA
APARECIDA DE HOLANDA; dou fé. Em testemunho da
verdade. Emol. R\$2,49 - TETR. R\$0,78 - FERC. R\$0,39.
EDILINA ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA - Substituto.

Selo: 0076422. IPN03201801.02149 06/08/2018 09:14:27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392249/18

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF: 027.910.914-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2018

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

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 médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA : 120.046.114-21

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

MARIA APARECIDA DE HOLANDA : 027.910.914-83

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

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA
CPF: 120.046.114-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329052/19

Número do Sinistro: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF: 027.910.914-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2018

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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: 10/06/2020
Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA
CPF: 027.910.914-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira
CPF: 089.616.657-07

MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329052/19

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF: 027.910.914-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2018

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA : 120.046.114-21

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

MARIA APARECIDA DE HOLANDA : 027.910.914-83

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: 23/09/2019
Nome: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA
CPF: 120.046.114-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA