
Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:

133 770 054-12

CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

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

Nome completo:

CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Profissão:

DO LAR

Endereço:

RUA LOURENÇO DE SA

Bairro:

SOCORRO

Cidade:

JABOATÃO

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

133 770 054-12

Número:

1046

Complemento:

CEP:

54170-010

Tel. (DDD):

81-98517-1903

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA:

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 da 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 (ou 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: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do 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.

Inscrição
Órgão de
vítima ou
beneficiário
não discriminado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Clau denir Leopoldina de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

3ª Nome:

CPF:

4ª Nome:

CPF:

5ª Nome:

CPF:

6ª Nome:

CPF:

7ª Nome:

CPF:

8ª Nome:

CPF:

9ª Nome:

CPF:

10ª Nome:

CPF:

11ª Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS
1ª Nome:
CPF:
2ª Nome:
CPF:
3ª Nome:
CPF:
4ª Nome:
CPF:
5ª Nome:
CPF:
6ª Nome:
CPF:
7ª Nome:
CPF:
8ª Nome:
CPF:
9ª Nome:
CPF:
10ª Nome:
CPF:
11ª Nome:
CPF:
12ª Nome:
CPF:
13ª Nome:
CPF:
14ª Nome:
CPF:
15ª Nome:
CPF:
16ª Nome:
CPF:
17ª Nome:
CPF:
18ª Nome:
CPF:
19ª Nome:
CPF:
20ª Nome:
CPF:
21ª Nome:
CPF:
22ª Nome:
CPF:
23ª Nome:
CPF:
24ª Nome:
CPF:
25ª Nome:
CPF:
26ª Nome:
CPF:
27ª Nome:
CPF:
28ª Nome:
CPF:
29ª Nome:
CPF:
30ª Nome:
CPF:
31ª Nome:
CPF:
32ª Nome:
CPF:
33ª Nome:
CPF:
34ª Nome:
CPF:
35ª Nome:
CPF:
36ª Nome:
CPF:
37ª Nome:
CPF:
38ª Nome:
CPF:
39ª Nome:
CPF:
40ª Nome:
CPF:
41ª Nome:
CPF:
42ª Nome:
CPF:
43ª Nome:
CPF:
44ª Nome:
CPF:
45ª Nome:
CPF:
46ª Nome:
CPF:
47ª Nome:
CPF:
48ª Nome:
CPF:
49ª Nome:
CPF:
50ª Nome:
CPF:
51ª Nome:
CPF:
52ª Nome:
CPF:
53ª Nome:
CPF:
54ª Nome:
CPF:
55ª Nome:
CPF:
56ª Nome:
CPF:
57ª Nome:
CPF:
58ª Nome:
CPF:
59ª Nome:
CPF:
60ª Nome:
CPF:
61ª Nome:
CPF:
62ª Nome:
CPF:
63ª Nome:
CPF:
64ª Nome:
CPF:
65ª Nome:
CPF:
66ª Nome:
CPF:
67ª Nome:
CPF:
68ª Nome:
CPF:
69ª Nome:
CPF:
70ª Nome:
CPF:
71ª Nome:
CPF:
72ª Nome:
CPF:
73ª Nome:
CPF:
74ª Nome:
CPF:
75ª Nome:
CPF:
76ª Nome:
CPF:
77ª Nome:
CPF:
78ª Nome:
CPF:
79ª Nome:
CPF:
80ª Nome:
CPF:
81ª Nome:
CPF:
82ª Nome:
CPF:
83ª Nome:
CPF:
84ª Nome:
CPF:
85ª Nome:
CPF:
86ª Nome:
CPF:
87ª Nome:
CPF:
88ª Nome:
CPF:
89ª Nome:
CPF:
90ª Nome:
CPF:
91ª Nome:
CPF:
92ª Nome:
CPF:
93ª Nome:
CPF:
94ª Nome:
CPF:
95ª Nome:
CPF:
96ª Nome:
CPF:
97ª Nome:
CPF:
98ª Nome:
CPF:
99ª Nome:
CPF:
100ª Nome:
CPF:
101ª Nome:
CPF:
102ª Nome:
CPF:
103ª Nome:
CPF:
104ª Nome:
CPF:
105ª Nome:
CPF:
106ª Nome:
CPF:
107ª Nome:
CPF:
108ª Nome:
CPF:
109ª Nome:
CPF:
110ª Nome:
CPF:
111ª Nome:
CPF:
112ª Nome:
CPF:
113ª Nome:
CPF:
114ª Nome:
CPF:
115ª Nome:
CPF:
116ª Nome:
CPF:
117ª Nome:
CPF:
118ª Nome:
CPF:
119ª Nome:
CPF:
120ª Nome:
CPF:
121ª Nome:
CPF:
122ª Nome:
CPF:
123ª Nome:
CPF:
124ª Nome:
CPF:
125ª Nome:
CPF:
126ª Nome:
CPF:
127ª Nome:
CPF:
128ª Nome:
CPF:
129ª Nome:
CPF:
130ª Nome:
CPF:
131ª Nome:
CPF:
132ª Nome:
CPF:
133ª Nome:
CPF:
134ª Nome:
CPF:
135ª Nome:
CPF:
136ª Nome:
CPF:
137ª Nome:
CPF:
138ª Nome:
CPF:
139ª Nome:
CPF:
140ª Nome:
CPF:
141ª Nome:
CPF:
142ª Nome:
CPF:
143ª Nome:
CPF:
144ª Nome:
CPF:
145ª Nome:
CPF:
146ª Nome:
CPF:
147ª Nome:
CPF:
148ª Nome:
CPF:
149ª Nome:
CPF:
150ª Nome:
CPF:
151ª Nome:
CPF:
152ª Nome:
CPF:
153ª Nome:
CPF:
154ª Nome:
CPF:
155ª Nome:
CPF:
156ª Nome:
CPF:
157ª Nome:
CPF:
158ª Nome:
CPF:
159ª Nome:
CPF:
160ª Nome:
CPF:
161ª Nome:
CPF:
162ª Nome:
CPF:
163ª Nome:
CPF:
164ª Nome:
CPF:
165ª Nome:
CPF:
166ª Nome:
CPF:
167ª Nome:
CPF:
168ª Nome:
CPF:
169ª Nome:
CPF:
170ª Nome:
CPF:
171ª Nome:
CPF:
172ª Nome:
CPF:
173ª Nome:
CPF:
174ª Nome:
CPF:
175ª Nome:
CPF:
176ª Nome:
CPF:
177ª Nome:
CPF:
178ª Nome:
CPF:
179ª Nome:
CPF:
180ª Nome:
CPF:
181ª Nome:
CPF:
182ª Nome:
CPF:
183ª Nome:
CPF:
184ª Nome:
CPF:
185ª Nome:
CPF:
186ª Nome:
CPF:
187ª Nome:
CPF:
188ª Nome:
CPF:
189ª Nome:
CPF:
190ª Nome:
CPF:
191ª Nome:
CPF:
192ª Nome:
CPF:
193ª Nome:
CPF:
194ª Nome:
CPF:
195ª Nome:
CPF:
196ª Nome:
CPF:
197ª Nome:
CPF:
198ª Nome:
CPF:
199ª Nome:
CPF:
200ª Nome:
CPF:
201ª Nome:
CPF:
202ª Nome:
CPF:
203ª Nome:
CPF:
204ª Nome:
CPF:
205ª Nome:
CPF:
206ª Nome:
CPF:
207ª Nome:
CPF:
208ª Nome:
CPF:
209ª Nome:
CPF:
210ª Nome:
CPF:
211ª Nome:
CPF:
212ª Nome:
CPF:
213ª Nome:
CPF:
214ª Nome:
CPF:
215ª Nome:
CPF:
216ª Nome:
CPF:
217ª Nome:
CPF:
218ª Nome:
CPF:
219ª Nome:
CPF:
220ª Nome:
CPF:
221ª Nome:
CPF:
222ª Nome:
CPF:
223ª Nome:
CPF:
224ª Nome:
CPF:
225ª Nome:
CPF:
226ª Nome:
CPF:
227ª Nome:
CPF:
228ª Nome:
CPF:
229ª Nome:
CPF:
230ª Nome:
CPF:
231ª Nome:
CPF:
232ª Nome:
CPF:
233ª Nome:
CPF:
234ª Nome:
CPF:
235ª Nome:
CPF:
236ª Nome:
CPF:
237ª Nome:
CPF:
238ª Nome:
CPF:
239ª Nome:
CPF:
240ª Nome:
CPF:
241ª Nome:
CPF:
242ª Nome:
CPF:
243ª Nome:
CPF:
244ª Nome:
CPF:
245ª Nome:
CPF:
246ª Nome:
CPF:
247ª Nome:
CPF:
248ª Nome:
CPF:
249ª Nome:
CPF:
250ª Nome:
CPF:
251ª Nome:
CPF:
252ª Nome:
CPF:
253ª Nome:
CPF:
254ª Nome:
CPF:
255ª Nome:
CPF:
256ª Nome:
CPF:
257ª Nome:
CPF:
258ª Nome:
CPF:
259ª Nome:
CPF:
260ª Nome:
CPF:
261ª Nome:
CPF:
262ª Nome:
CPF:
263ª Nome:
CPF:
264ª Nome:
CPF:
265ª Nome:
CPF:
266ª Nome:
CPF:
267ª Nome:
CPF:
268ª Nome:
CPF:
269ª Nome:
CPF:
270ª Nome:
CPF:
271ª Nome:
CPF:
272ª Nome:
CPF:
273ª Nome:
CPF:
274ª Nome:
CPF:
275ª Nome:
CPF:
276ª Nome:
CPF:
277ª Nome:
CPF:
278ª Nome:
CPF:
279ª Nome:
CPF:
280ª Nome:
CPF:
281ª Nome:
CPF:
282ª Nome:
CPF:
283ª Nome:
CPF:
284ª Nome:
CPF:
285ª Nome:
CPF:
286ª Nome:
CPF:
287ª Nome:
CPF:
288ª Nome:
CPF:
289ª Nome:
CPF:
290ª Nome:
CPF:
291ª Nome:
CPF:
292ª Nome:
CPF:
293ª Nome:
CPF:
294ª Nome:
CPF:
295ª Nome:
CPF:
296ª Nome:
CPF:
297ª Nome:
CPF:
298ª Nome:
CPF:
299ª Nome:
CPF:
300ª Nome:
CPF:
301ª Nome:
CPF:
302ª Nome:
CPF:
303ª Nome:
CPF:
304ª Nome:
CPF:
305ª Nome:
CPF:
306ª Nome:
CPF:
307ª Nome:
CPF:
308ª Nome:
CPF:
309ª Nome:
CPF:
310ª Nome:
CPF:
311ª Nome:
CPF:
312ª Nome:
CPF:
313ª Nome:
CPF:
314ª Nome:
CPF:
315ª Nome:
CPF:
316ª Nome:
CPF:
317ª Nome:
CPF:
318ª Nome:
CPF:
319ª Nome:
CPF:
320ª Nome:
CPF:
321ª Nome:
CPF:
322ª Nome:
CPF:
323ª Nome:
CPF:
324ª Nome:
CPF:
325ª Nome:
CPF:
326ª Nome:
CPF:
327ª Nome:
CPF:
328ª Nome:
CPF:
329ª Nome:
CPF:
330ª Nome:
CPF:
331ª Nome:
CPF:
332ª Nome:
CPF:
333ª Nome:
CPF:
334ª Nome:
CPF:
335ª Nome:
CPF:
336ª Nome:
CPF:
337ª Nome:
CPF:
338ª Nome:
CPF:
339ª Nome:
CPF:
340ª Nome:
CPF:
341ª Nome:
CPF:
342ª Nome:
CPF:
343ª Nome:
CPF:
344ª Nome:
CPF:
345ª Nome:
CPF:
346ª Nome:
CPF:
347ª Nome:
CPF:
348ª Nome:
CPF:
349ª Nome:
CPF:
350ª Nome:
CPF:
351ª Nome:
CPF:
352ª Nome:
CPF:
353ª Nome:
CPF:
354ª Nome:
CPF:
355ª Nome:
CPF:
356ª Nome:
CPF:
357ª Nome:
CPF:
358ª Nome:
CPF:
359ª Nome:
CPF:
360ª Nome:
CPF:
361ª Nome:
CPF:
362ª Nome:
CPF:
363ª Nome:
CPF:
364ª Nome:
CPF:
365ª Nome:
CPF:
366ª Nome:
CPF:
367ª Nome:
CPF:
368ª Nome:
CPF:
369ª Nome:
CPF:
370ª Nome:
CPF:
371ª Nome:
CPF:
372ª Nome:
CPF:
373ª Nome:
CPF:
374ª Nome:
CPF:
375ª Nome:
CPF:
376ª Nome:
CPF:
377ª Nome:
CPF:
378ª Nome:
CPF:
379ª Nome:
CPF:
380ª Nome:
CPF:
381ª Nome:
CPF:
382ª Nome:
CPF:
383ª Nome:
CPF:
384ª Nome:
CPF:
385ª Nome:
CPF:
386ª Nome:
CPF:
387ª Nome:
CPF:
388ª Nome:
CPF:
389ª Nome:
CPF:
390ª Nome:
CPF:
391ª Nome:
CPF:
392ª Nome:
CPF:
393ª Nome:
CPF:
394ª Nome:
CPF:
395ª Nome:
CPF:
396ª Nome:
CPF:
397ª Nome:
CPF:
398ª Nome:
CPF:
399ª Nome:
CPF:
400ª Nome:
CPF:
401ª Nome:
CPF:
402ª Nome:
CPF:
403ª Nome:
CPF:
404ª Nome:
CPF:
405ª Nome:
CPF:
406ª Nome:
CPF:
407ª Nome:
CPF:
408ª Nome:
CPF:
409ª Nome:
CPF:
410ª Nome:
CPF:
411ª Nome:
CPF:
412ª Nome:
CPF:
413ª Nome:
CPF:
414ª Nome:
CPF:
415ª Nome:
CPF:
416ª Nome:
CPF:
417ª Nome:
CPF:
418ª Nome:
CPF:
419ª Nome:
CPF:
420ª Nome:
CPF:
421ª Nome:
CPF:
422ª Nome:
CPF:
423ª Nome:
CPF:
424ª Nome:
CPF:
425ª Nome:
CPF:
426ª Nome:
CPF:
427ª Nome:
CPF:
428ª Nome:
CPF:
429ª Nome:
CPF:
430ª Nome:
CPF:
431ª Nome:
CPF:
432ª Nome:
CPF:
433ª Nome:
CPF:
434ª Nome:
CPF:
435ª Nome:
CPF:
436ª Nome:
CPF:
437ª Nome:
CPF:
438ª Nome:
CPF:
439ª Nome:
CPF:
440ª Nome:
CPF:
441ª Nome:
CPF:
442ª Nome:
CPF:
443ª Nome:
CPF:
444ª Nome:
CPF:
445ª Nome:
CPF:
446ª Nome:
CPF:
447ª Nome:
CPF:
448ª Nome:
CPF:
449ª Nome:
CPF:
450ª Nome:
CPF:
451ª Nome:
CPF:
452ª Nome:
CPF:
453ª Nome:
CPF:
454ª Nome:
CPF:
455ª Nome:
CPF:
456ª Nome:
CPF:
457ª Nome:
CPF:
458ª Nome:
CPF:
459ª Nome:
CPF:
460ª Nome:
CPF:
461ª Nome:
CPF:
462ª Nome:
CPF:
463ª Nome:
CPF:
464ª Nome:
CPF:
465ª Nome:
CPF:
466ª Nome:
CPF:
467ª Nome:
CPF:
468ª Nome:
CPF:
469ª Nome:
CPF:
470ª Nome:
CPF:
471ª Nome:
CPF:
472ª Nome:
CPF:
473ª Nome:
CPF:
474ª Nome:
CPF:
475ª Nome:
CPF:
476ª Nome:
CPF:
477ª Nome:
CPF:
478ª Nome:
CPF:
479ª Nome:
CPF:
480ª Nome:
CPF:
481ª Nome:
CPF:
482ª Nome:
CPF:
483ª Nome:
CPF:
484ª Nome:
CPF:
485ª Nome:
CPF:
486ª Nome:
CPF:
487ª Nome:
CPF:
488ª Nome:
CPF:
489ª Nome:
CPF:
490ª Nome:
CPF:
491ª Nome:
CPF:
492ª Nome:
CPF:
493ª Nome:
CPF:
494ª Nome:
CPF:
495ª Nome:
CPF:
496ª Nome:
CPF:
497ª Nome:
CPF:
498ª Nome:
CPF:
499ª Nome:
CPF:
500ª Nome:
CPF:
501ª Nome:
CPF:
502ª Nome:
CPF:
503ª Nome:
CPF:
504ª Nome:
CPF:
505ª Nome:
CPF:
506ª Nome:
CPF:
507ª Nome:
CPF:
508ª Nome:
CPF:
509ª Nome:
CPF:
510ª Nome:
CPF:
511ª Nome:
CPF:
512ª Nome:
CPF:
513ª Nome:
CPF:
514ª Nome:
CPF:
515ª Nome:
CPF:
516ª Nome:
CPF:
517ª Nome:
CPF:
518ª Nome:
CPF: <

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:
	133770 054-12	CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

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

Nome completo:	CPF:
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA	
Profissão:	Endereço:
DO LAR	RUA LOURENÇO DE SÁ
Bairro:	Cidade:
SOUZAS	SABOATÃO DOS GUARARAPES
E-mail:	Estado:
	PE
	CEP:
	1046
	Complemento:
	CEP:
	81-98517-1903

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 6029 1 CONTA: 0020597 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 ABR 2019
Conte Seguradora S/A.
Rua Curitiba, 15-13
Bairro PE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Recife, 11 de Abril de 2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



513228
0119208119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096000601

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/01/2019** às **14:33**

Complementa o BO Número: **19E0096000551**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/7/2018** às **03:05**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOM CARLOS COELHO, 1 - Bairro: LOTEAMENTO 92 - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA / JABOATÃO DOS GUARARAPES, VILA RICA.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA (OUTRO)
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA**

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

CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ALDENIR CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA Data de Nascimento: 8/8/1966 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8745851/SDS/PE (RG). 13377005412 (CPF) Estado Civil:

SOLTEIRO(A) Profissão: DO LAR

Endereço Residencial: RUA LOURENÇO DE SA, 1046 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCF0071 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação



08 ABR. 2019

Sênio Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Recife - PE - CEP: 52011-100

MICHAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA, QUANDO O PILOTO O SR. MICHAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO AO DERRAPAR NA VIA, CAUSANDO A QUEDA DA VÍTIMA, ONDE FOI SOCORRIDO PELO SAMU GERANDO OCORRÊNCIA Nº 8-505191, E LEVADA AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS COM ATENDIMENTO DE Nº 787606, EM SEGUIDA TRANSPORTADA PARA O HOSPITAL DE MORENO ONDE SUBMETEU-SE A CIRURGIA NA TÍBIA DIREITA.

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

Claudenir Leopoldina de Souza
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: GERALDO MOTA DE ARAÚJO JÚNIOR - Matrícula: 3847721

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONCEITO BOM PAGADOR
08 ABR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lda 5
Cruzeiro - Recife / PE - CEP: 52011-000

2019-04-08 10:00
TAVAN
8103 20A 00
A12 010000-000000
0101-015 1º andar 1000 1000
01010000-0101 1000 1000

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:

133 770 054-12

CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

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

Nome completo:

CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Profissão:

DO LAR

Endereço:

RUA LOURENÇO DE SA

Bairro:

SOCORRO

Cidade:

JABOATÃO

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

133 770 054-12

Número:

1046

Complemento:

CEP:

54170-010

Tel. (DDD):

81-98517-1903

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA:

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 da 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do 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.

Inscrição
Órgão de
vítima ou
beneficiário
não discriminado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Clau denir Leopoldina de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

3º Nome:

CPF:

4º Nome:

CPF:

5º Nome:

CPF:

6º Nome:

CPF:

7º Nome:

CPF:

8º Nome:

CPF:

9º Nome:

CPF:

10º Nome:

CPF:

11º Nome:

CPF:

12º Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS
1º Nome: **CLAU DENIR LEOPOLDINA DE SOUZA**
CPF: **133 770 054-12**
2º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
3º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
4º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
5º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
6º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
7º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
8º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
9º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
10º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
11º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**
12º Nome: **08 ABR. 2019**
CPF: **08 ABR. 2019**

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

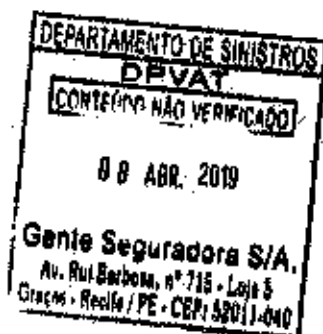
DA Nº: 2187.000
EM: 02.10.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA, RG: 8745851 – SDS/PE, CPF: 133.770.054-12**, consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S - 505191** do dia 23 de julho de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 03h 05 min vítima de queda de moto. O acidente aconteceu na Rua Dom Carlos Coelho enfrente ao Mercado Ponto Frio e Monza Gás - Vila Rica , Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, removida para Hospital Otavio de Freitas.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de novembro de 2018.

Renato Ventura Guerra
Coord. de Atendimento - SAMU 192
COREN-PE 159/258 ENF.
Jaboatão dos Guararapes - PE

Coord. Geral-Samu/PMJG.
Sec. Saúde-Jaboatão dos Guararapes.



RECEBIDO DE 84.1048

SOCORRO CAYALERO
CAYALERO COS CUYALERO
5416-0-0*

91 RESIDUAL,
CAZAFEMEXCOMINF

מס' תיק: 980496

2523068010 01/2019

INFORMACIÓN DE CONTACTO: TELÉFONO:

1/10/2019 10:07:02 AM

TOTAL A/P FOR 134:

98302

• காரைக்காலம் திட்டம் : • சென்னை : • மூலக்கம் :

[illegible]

09504867 1 UNCLAS 1 08/31/2010
 09504867 1 UNCLAS 1 08/31/2010

[illegible]

980124015 . . | 2002011576 . . | 1134124

700415 **SAFETY** £9.07

Energy Source	Percentage of Respondents
Gasoline	100%
Electricity	95%
Natural Gas	85%
Propane	75%
Coal	65%
Oil	55%
Wood	45%
Solar	35%
Wind	25%
Biomass	15%
Geothermal	10%
Hydro	5%
Nuclear	5%
Other	5%

[illegible][illegible]

RECEBIMOS
R. REC.
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
COTACAO NAO VERIFICADA
08 APR

ABR. 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, n° 715 - Loja 5
Recife / PE - CEP: 52011-040



Bradesco

Banco Bradesco S.A.
4160/Varejo - Prédio Vermelho - Térreo
Cidade de Deus - Osasco - SP
06029-900

Mala Direta

9912312953/2014 - DR/SPM

Bradesco

Correios

Aviso Importante!

AGENOR JOSE DA SILVA
CALCITA, 38, CASA 02
NOSSA SENHORA DA CON
53429-750 - PAULISTA - PE

MD_ALERTA_CONQ_PORTABILIDADE_COMSIG_201809_AT / 132196

FECHAMENTO AUTORIZADO - Pode ser aberto pela ECT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Recife / PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - Recife / PE - CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 AGENOR JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 311.453.704-97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.770.054 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.770.054 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>AGENOR - RUA CALÍSTA</u>		Número <u>38</u>	Complemento
Bairro <u>NSEN DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade <u>Paulista</u>	Estado <u>Pe</u>	CEP <u>53429-750</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81-98517-1903</u>

COMPROVANTE DE SINISTROS
DPVAT
INFORMAÇÃO NÃO VERIFICADO

Paulista, 27 de março de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

00 ABR 2019
Lider Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Recife/PE - CEP: 52011-040

DLDR001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

EU, MIKABEL ANTONIO SANTOS DA SILVA

RG nº 210412979705-MEX data de expedição / /

Órgão MEX, portador do CPF nº 115 406 224-44, com domicílio na cidade de JABOATÃO

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 4ª TRAVESSA DA RUA ESBOÇAÇA - VILA RICA

nº 53, complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima CLAUDENIR LEOPONINA DE SOUZA, cujo o condutor era

MIKABEL ANTONIO SANTOS DA SILVA

Veículo: HONDA

Modelo: CG 150 FAN

Ano: 2014/2015

Placa: PCP-0071

Chassi: 9C2KC1C80FR556858

Data do Acidente: 23.07.2018

Local e Data: JABOATÃO 18/01/2019

1º DISTRITO

Mikabel Antonio Santos da Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTEIRO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO
Jaboatão dos Guararapes - PE
Rua Albenir Barreto, 13 Centro - Fones 3481-3929

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
MIKABEL ANTONIO SANTOS DA SILVA, lançada em minha
presença. Ouvi
Jaboatão dos Guararapes, 18 de janeiro de 2019.

Em testemunho da verdade
Adriana Maria de Lima Santana (Oficial)

Valor Total R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0075861.0K122D1R01.02244



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPVAT
SINISTRO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019

Sente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 115 - Lapa 5
Recife / PE - CEP: 520

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 787605

Prontuário: 932861

Nome: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data Nasc.: 06/08/1996

Idade: 21

Sexo: FEMININO

Cor: PÁRDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898003455020021

Nº. 0

Endereço: RUA DOUTOR LOURENÇO DE SA.

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Estado: PE

Bairro: SOCORRO

Fone: 558185102462

Celular:

Profissão:

HOF
Notificação de Neph
15.07.18

CEP: 54170010

Acompanhante:

Nome da Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/07/2018 04:07

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

ATENDIMENTO DE SINISTROS
OPVAT
15.07.2018

03 ABR 2019

de 2

Sem

15.07.18
mide

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:49

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06
Matrícula:
Identidade: 4401586
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1618037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)
Endereço: RUA LOURENÇO DE SA
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8745851 - SDS - PE
Telefone: / 983561249
G.Instrução:
Ocupação: DESÊMPREGADA
Naturalidade: JABOATÃO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

AVALIAÇÃO Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 109572

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 23/07/2018
DATA DA ALTA: 02/08/2018

HO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFÍSE TÍBIA DIR
COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA

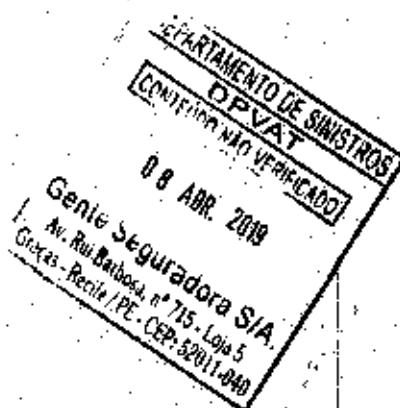
Paciente evoluindo bem no pós-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD: 1) Alta Hospitalar + Orientações.

Hospital Memorial Prontuário Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3604-2013
Av. Getúlio Vargas, 500 - Jaboatão



Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:08
Matrícula:
Identidade: 4401586
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1618037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)
Endereço: RUA LOURENÇO DE SA
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: JOSÉ ALFREDO DE SOUZA
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8745851 - SDS - PE
Telefone: / 983561249
G.Instrução:
Ocupação: DESEMPREGADA
Naturalidade: JABOATÃO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

23/07/2018 16:37

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM.19952)

FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	NEGA
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	22/07/2018
TIPO DE TRAUMA:	REFE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	ESCORIAÇÕES
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	(X) SES () DEMANDA

EXAMES COM O PACIENTE:

() LABORATÓRIO () RNM / TAC (X) RADIOGRAFIAS

CONDUTA NO INTERNAMENTO

RX: () COXA () JOELHO (X) PERNA () TORNOZELO () ANTEBRAÇO () COTOVELO () PUNHO
TALA: (X) COXOPODÁLICA () BOTA () AXILOPALMAR
(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO;
() PARECER CARDIOLÓGICO
(X) PROFILAXIA TVP/TEP

Hospital Memorial Armino Moura
SAMÉ
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3588-2013
Av. Clóvis Campelo, 804 - Muroso PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Laje 5
Cidade - Recife / PE - CEP: 52011-000

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 787805

Prontuário: 932881

Nome: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data Nasc.: 06/08/1996

Idade: 21

Sexo:

FEMININO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898003456020021

Endereço: RUA DOUTOR LOURENÇO DE SA.

Nº: 0

Bairro: SOCORRO

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Estado: PE

CEP: 54170010

Fone: 558185102482

Celular:

Profissão:

Acompanhante:

Nome da Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOF
Notificação de Nup
3.000
15.000 R

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/07/2018 04:07

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Data:

Horário

Data

TRATAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

08 ABR 2018

Gen. Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Recife / PE - CEP: 52011-040

de 2

25.07.18
m de

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

23/07/2018 04:14

Nome Paciente: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA
Cód. Paciente: 932861
Data de Nascimento: 06/08/1996
Sexo: Feminino
Idade: 21
Senha: FN0005
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 787605



23/07/2018 04:14 - ANDREA CLAUDIA ALMEIDA DE MELO - COREN: 79740 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDA PELO SAMU HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO.
INFORMA QUE NÃO USAVA CAPACETE NO MOMENTO DE OCORRIDO. GLASGOW 15.
TRAUMA EM MID. ESCORIAÇÕES EM FACE E EM MIE.
NEGA HAS E/OU DM.
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Observação:

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 6

Acolhido por ANDREA CLAUDIA ALMEIDA DE MELO

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DPVAT

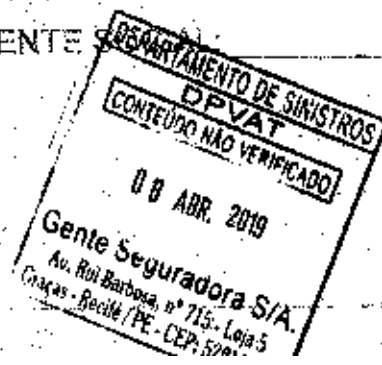
CONTIÚO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Gracás - Recife / PE - CEP: 52011-040

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA
RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONFIRMAR NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2018

Sente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Recife - PE - CEP: 52011-900

LAUDENIR L DE SOUZA

REGISTRO: 932861

IDADE:

ADMISSÃO:

MEDICAMENTO

23/07 2018

1. Dieta LIVRE

2. DIPIRONA 01 AMP + AD, EV, 6/6H

3. TRAMAL 50MG 1AMP 1 SF0,5% 150ML EV 8/8H (S/N)

4. FLASIL 01 AMP AD-FAZER 05 ML X V8/8H S/N

5. SSVV+CCGG

6.

7.

Hospital Otávio de Freitas

Unidade de Atendimento:

Data/Hora Atendimento: 23/07/2018 04:07

Prontuário: 932861

Nº. Atendimento: 787605

Serviço: ORTOPEDIA

Nome: CLAUDENIR FLORENTINA DE SOUZA

Idade: 21 Anos 11 Meses 17 Dias

Nasc: 06/08/1996

Sexo: FEMININO

CAS

Comarcas:

ST. 93102462-1 Celular: 81

Endereço: RUA DOUTOR LOURENÇO DE SA, N.º 1000 - JARDIM: SOCORRO - CIDADE: JABOÁ - AO

Enfermaria/Leito:

Médico: MEDICO PLASTOMISTA

Admissão

Queixa Principal

TRAUMA EM PERNA D.

História Clínica

ACIDENTE DE MOTO HÁ 03H COM TRAUMA EM PERNA D. QUEIXA-SE DE DORES EM PERNA D.

Exame Físico

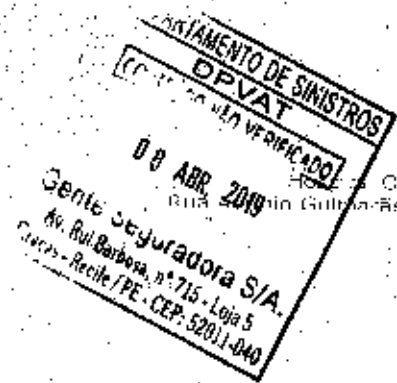
CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15.
EDEMA EM PERNA DIREITA. ESCORIAÇÕES EM TÓRAX D E ESQUERDO.
NEUROVASCULAR PRESERVADO.

Observações

Conduta

INTERMANEIO.

CI ENIO FERREIRA JÚNIOR DA SILVA - CRM: 19.000/PE 25598



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.046/0004-70
Rua Antônio Goulart Reis, 4799 - Tefelândia - Recife/PE CEP: 50.920-640. Fone: (81) 3182.3500

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:49

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 18:20
Plano: SÚS - ELETIVAS
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Médico Resp. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06
Matrícula:
Identidade: 4401588
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1516037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)
Endereço: RUA LOURENÇO DE SA
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8745851 - SDS - PE
Telefone: / 953561249
G. Instrução:
Ocupação: DESEMPREGADA
Naturalidade: JABOATÃO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

AValiação (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 13552)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 23/07/2018
DATA DA ALTA: 02/08/2018

HD: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISE TIBIA DIR
COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA

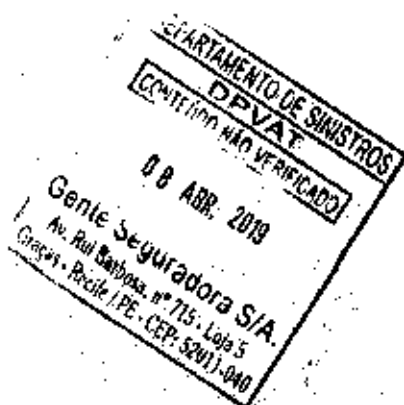
Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD: 1) Alta Hospitalar + Orientações.

Hospital Memorial Araruaia
SADE
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3545-9013
Av. Cato Campes, 500 - Araruaia - PB



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:44

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saida: 02/08/2018 Hora: 13:06
Matrícula:
Identidade: 4401586
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1816037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA
Nascimento: 06/08/1988 (22 Anos)
Endereço: RUA LOURENÇO DE SA
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8745851 - SDS - PE
Telefone: 7 983561249
G.Instrução:
Ocupação: DESEMPREGADA
Naturalidade: JABOATAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/07/2018 16:51

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA.
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	NEGA
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	22/07/2018.
TIPO DE TRAUMA:	REFE ACIENTE MOTOCICLISTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	ESCORIAÇÕES
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	(X) SES () DEMANDA
EXAMES COM O PACIENTE:	
() LABORATÓRIO	() RNM / TAC (X) RADIOGRAFIAS
CONDUTA NO INTERNAMENTO	
RX: () COXA () JOELHO (X) PERNA () TORNOZELO () ANTEBRAÇO () COTOVELO () PUNHO	
TALA: (X) COXOPODÁLICA () BOTA () AXILOPALMAR	
(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO:	
() PARECER CARDIOLÓGICO	
(X) PROFILAXIA TVP/TEP	

Hospital Memorial Armindo Moura
S.A.M.E.
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Otelo Campelo, S/N - Jaboatão - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, n.º 715 - Loja 5
Recife - PE - CEP: 52011-040

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06
Matrícula:
Identidade: 4401586
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1616037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)
Endereço: RUA LOURENÇO DE SA
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8745851 - SDS - PE
Telefone: / 983561249
G.Instrução:
Ocupação: DESEMPREGADA
Naturalidade: JABOATÃO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:
Cirurgião: JUAREZ SEBASTIÃO LIMA E LIMA - CRM: 15595
Ass: ZENILSON DE LÓREO
Anestesiista:
Instrumentador: A.D.M.M.

Diagnóstico: FRATURA DIÁFISE TIBIA
(X) DIREITO - () ESQUERDO

TTO CIR FRATURA TIBIA

ARTROTOMIA DO JOELHO

TENOPLASTIA PATELAR

1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
2) ASSEPSIA E CAMPOS: TENOTOMIA TRANSPATELAR LONGITUDINAL;
3) ACESSO ANTERIOR COM ABORDAGEM DO LABIO ANTERIOR DA TIBIA USANDO GUIA TIPO PUNTO E SUB ESCOPIA; ABORDAGEM DE CAVIDADE ARTICULAR COM SAÍDA DE LÍQUIDO SINOVIAL NORMOCOMPOSTO; LIMPEZA ARTICULAR E ACESSO AO CANAL MEDULAR COM FRESA RÍGIDA;
4) RESSECÇÃO INCRUENTA E PASSAGEM DE FIO GUIA NÃO OLIVADO E FRESAGEM DO CANAL MEDULAR ATÉ 8MM
5) APLICAÇÃO DE NASTE INTRAMEDULAR COM GABARITO USANDO-SE PESCADOR PARA BLOQUEIO DISTAL - 2 PARAFUSOS AUTOMACHÊVEIS - E 1 PARAFUSO DINÂMICO PROXIMAL APOS
IMPACÇÃO DO FOCO FRATURÁRIO; TENOPLASTIA PATELAR USANDO VICRYL 2 POR LESÃO TRAUMÁTICA DE BORDOS DE TENOTOMIA LONGITUDINAL, RETIRADA CIRÚRGICA DE QUINTO MÊDIO
TENDÃO PATELAR E FECHAMENTO COM MONONYLON 4.0 RESTABELECENDO APARELHO EXTENSOR;
6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS;
7) CURATIVOS

Maneja

Hospital Memorial São Paulo
SAÚDE
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3535-2013
Av. Celso Campelo, 889 - Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
COM VALOR NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, nº 71
Recife - PE

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:46

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06
Matrícula:
Identidade: 4401586
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1616037 CLAUDEMIR LEOPOLDINA DE SOUZA
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)
Endereço: RUA LOURENÇO DE SÁ
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8745851 - SDS - PE
Telefone: / 983561249
G.Instrução:
Ocupação: DESEMPREGADA
Naturalidade: JABOATÃO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

16/07/2018 11:24

AVALIAÇÃO (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591
Aux 1: SILVIO JOHNSON
Anestesista: ADRINA SIMOES
Instrumentador:

Diagnóstico Pré-Operatório

FERIDAS INFECTADAS EM JOELHO DIR E COXA ESQ

Cirurgia Realizada

DESDRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO EM MID E MIE

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

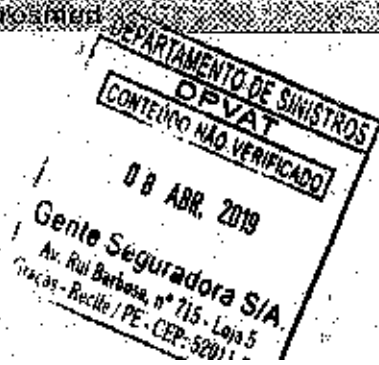
Acidentes

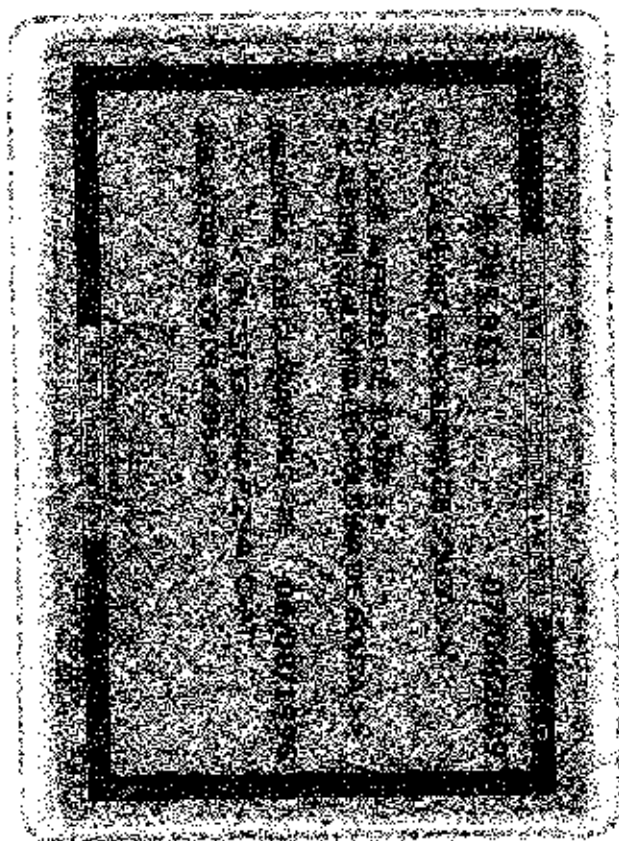
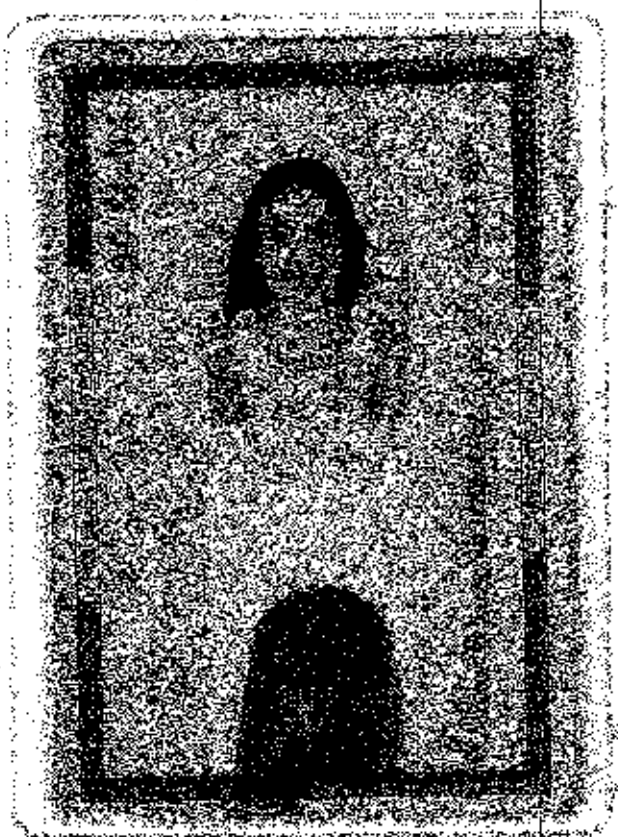
Não houve

Descrição

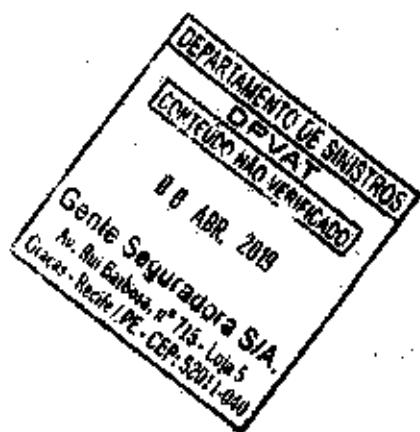
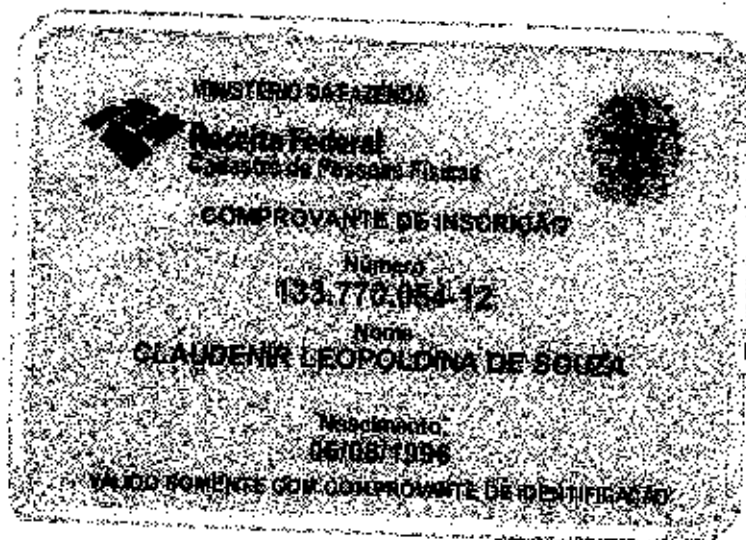
- 1.ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE E MID
- 2.REALIZADO DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO ELAVAGEM EXAUSTIVA COM SF
- 3.CURATIVO

Material Próximo





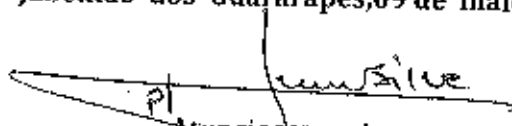
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
Genta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-000



0119208719

Ilmº Sr. Diretor da Seguradora Líder, eu CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA, portadora do CPF de nº 133.770.054-12, venho mui respeitosamente diante de V.Sª, para SOLICITAR PERÍCIA PRESENCIAL, referente ao sinistro de nº 3190264530, pelo fato da Seguradora ter efetuado o pagamento no valor de R\$ 2.362,50,00 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) valor este referente a 25%, do dano corporal sofrido, sem realização de perícia, porém SOLICITO perícia para que um médico possa dar o percentual justo.

Jaboatão dos Guararapes, 09 de maio de 2019.


Atenciosamente,

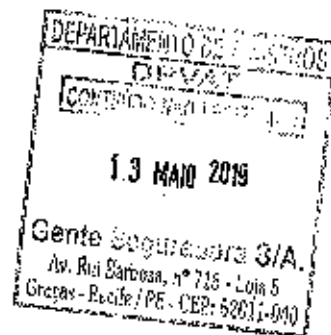
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Ao

Ilmº Sr.

Diretor da Seguradora Líder

NESTA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190264530 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR + 2 PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 11.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, RG nº 8.745.851, CPF/MF sob nº 133.770.054-12, residente e domiciliado à rua

RUA LOURENÇO DE SA, nº 1046, bairro SOCORRO, na cidade de

JABOATÃO, estado PERNAMBUCO, INVALIDEZ PERMANENTE, OCORRIDA NO DIA 23.07.2018.

OUTORGADO: AGENOR JOSÉ DA SILVA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 311.453.704-97, com endereço profissional à rua Calcita, 38-Pau Amarelo, na cidade do Paulista, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Políclínicas, Upas, Samú e Corpo de Bombeiros.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CC-11.000 NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

Sente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5.
Recife - PE - CEP: 52011-040

Jaboatão, 10 de Setembro de 2018.

Claudemir Leopoldina de Souza

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

Lei 10.106/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICAR O OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTORGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TENHA FIRMA RECONHECIDA."



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119208/19

Número do Sinistro: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

CPF: 133.770.054-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 13/05/2019
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

AGENOR JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 inferiores 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: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000006029-1

Conta: 000000020597-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

