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, 30 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200229601 **Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 23/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

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

Pag. 01319/01320 - carta_01 - INVALIDEZ
00010660
Carta nº 15900885

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, 12 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200229601 **Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 23/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

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 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: **LUCIMERE BARBOSA DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000001295**
Conta: **0000036160-7**
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

Pag. 00039/00040 - carta_15R - INVALIDEZ
00020020

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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200229601 **Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 23/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

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

Pag. 00881/00882 - carta_02 - INVALIDEZ
00080441

Carta nº 15970452

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, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200229601 **Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 23/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 12/08/2020, 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

Pag. 00837/00838 - carta_09 - INVALIDEZ
00050419

Carta nº 16025438

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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200229601 **Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 23/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/08/2020, 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

Pag. 01015/01016 - carta_09 - INVALIDEZ
00050508

Carta nº 16088846

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	090.892.304-08	LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:
LUCIMERE BARBOSA DA SILVA	090.892.304-08

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AGRICULTORA	LOTEAMENTO SANTO VALDIR	33	CASA

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VERTENTE DO LÉRIO	VERTENTE DO LÉRIO	PE	55.760-000

15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
	(81)9.9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00036160 7 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 [illegible]

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, VERTENTE DO LÉRIO, 28 DE MAIO DE 2020.

Lucimere Barbosa da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Em 28.05.2020

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO LÉRIO - DP126ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0216000052

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/05/2020** às **10:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **23/3/2020** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, LOTEAMENTO SANTO VALDIR** - Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUCIMERE BARBOSA DA SILVA (02) (AUTOR \ AGENTE)
VALETIM SALES DE OLIVEIRA (OUTRO)
LUCIMERE BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIMERE BARBOSA DA SILVA (02)

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

LUCIMERE BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARLUCE BARBOSA DA SILVA** Pai: **JOSÉ ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/8/1988** Naturalidade: **UMBUZEIRO / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **8281072/SDS/PE (RG), 09889230462 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- 81982438923

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, LOTEAMENTO SANTO VALDIR - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCOLA ESTADUAL JUSTA BARBOSA**

LUCIMERE BARBOSA DA SILVA (02) (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

VALETIM SALES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA KGY 4155 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALETIM SALES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIMERE BARBOSA DA SILVA (S2)**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGY4155** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **157135448** Chassi: **9C2KC1510RR10846**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustivel: **GASOLINA** Seguro/Apolice: **011374729137**

Complemento / Observação

LUCIMERE BARBOSA DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE NO DIA 28/03/2020, ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG TITAN KS 150, COR PRETA, DE PLACA KGY4155, A CAMINHO DA SUA RESIDÊNCIA, NO LOTEAMENTO SANTO VALDIR, NESTA CIDADE DE VERTENTE DO LÉRIO, QUANDO FOI TENTAR LIVRAR UM BURACO E CAIU DA MOTOCICLETA, OCASIONANDO AS LESÕES DESCRITAS NA FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM, QUE ACOMPANHA ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA. DIANTE DISTO, VEIO COMUNICAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT.

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

Lucimere Barbosa da Silva
LUCIMERE BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

Delegacia de Polícia do Município de Vertente do Lério
28/05/20

B.O. registrado por: **JOSE CARLOS DE MOURA JUNIOR** - Matricula: **3875270**

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	090.892.304-08	LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:
LUCIMERE BARBOSA DA SILVA	090.892.304-08

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AGRICULTORA	LOTEAMENTO SANTO VALDIR	33	CASA

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VERTENTE DO LÉRIO	VERTENTE DO LÉRIO	PE	55.760-000

15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
	(81)9.9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00036160 7 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 [illegible]

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, VERTENTE DO LÉRIO, 28 DE MAIO DE 2020.

Lucimere Barbosa da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 07/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000036160-7

Nr. da Autenticação E45CF67787DA2684

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº **1431458886**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE

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
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
EGIDIO CIPRIANO DA SILVA

ENDEREÇO
LO STO VALDIR 33 --B -VERTENTE DO LERIO/VERTENTES DO LERIO
-55760-000 VERTENTE DO LERIO PE -

DATA DE VENCIMENTO
18/02/2020

TOTAL A PAGAR
R$ 12,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
11/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
11/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
096425589

CONTA CONTRATO
7034249630

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
14/01/2020 a 11/02/2020

CONSUMO
0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R$ 0,00 Alíquota valor do imposto R$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
7034249630	02/2020	R$ 12,44	18/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 124400110079 034249630103 144335990736

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº **1431458886**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE

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
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
EGIDIO CIPRIANO DA SILVA

ENDEREÇO
LO STO VALDIR 33 --B -VERTENTE DO LERIO/VERTENTES DO LERIO
-55760-000 VERTENTE DO LERIO PE -

DATA DE VENCIMENTO
18/02/2020

TOTAL A PAGAR
R$ 12,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
11/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
11/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
096425589

CONTA CONTRATO
7034249630

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
14/01/2020 a 11/02/2020

CONSUMO
0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R$ 0,00 Alíquota valor do imposto R$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
7034249630	02/2020	R$ 12,44	18/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 124400110079 034249630103 144335990736

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Nota Fiscal Fatura de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.336, de 26/04/02

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 - Insc. Est. 0035948-93 | www.celpe.com.br

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF 374.041.514-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL FLORES DE MORAES, 64
CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico

CÓDIGO DO CLIENTE	CICLO	ROTEIRO
0523279033	02/2020	

DATA DE APRESENTAÇÃO	PRÓXIMA LEITURA
11/02/2020	04/03/2020

VALOR A PAGAR: R$ 413,81

NÚMERO DA NOTA FISCAL	SÉRIE	SUBSÉRIE
046165768	UNICA	04/02/2020

DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	CÓDIGO DE ACESSO
04/02/2020	3000273539	0164147

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

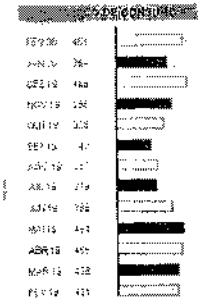
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh) TUSD	481,0000000	0,4218700[illegible]	124,3[illegible]
Consumo Ativo(kWh) TE	481,0000000	0,3546000[illegible]	170,4[illegible]
Ac. Bandeira Bandeira VERMELHA			2,4[illegible]
Contrib. Ilum. Pública Municipal			38,8[illegible]
Crédito Subvenção CDE-NF 00[illegible]-07/2019			2,[illegible]
Crédito Subvenção CDE-NF 00[illegible]-08/2019			[illegible]
Crédito por atraso-NF 001[illegible]-07/2019			[illegible]
Crédito por atraso-NF 001[illegible]-08/2019			[illegible]
Multa por atraso-NF 001[illegible]-07/2019			[illegible]

TOTAL DA FATURA 413,81

DESCRIÇÃO DA LEITURA E CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		481,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DA FATURA

Fornecimento	R$	[illegible]
Distribuição (Uso)	R$	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]
Total	R$	413,81 100%

TARIFAS APLICADAS
Valor unitário Ativo(kWh) TE 0,3546000

INFORMAÇÕES DE RESERVA DE ÁREA
[illegible]

INFORMAÇÕES JURÍDICAS
[illegible]

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

	FATOR APURADO	LIMITE MINIMO	LIMITE REGULATORIO	LIMITE ANUAL
DEC	[illegible]	3,86	11,50	[illegible]
FEC	[illegible]	3,56	6,72	[illegible]
DMIC	[illegible]	3,20	6,60	[illegible]

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
220	[illegible]	[illegible]

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 SUSEP[1] 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 COAF**[2].

[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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUCIMERE BARBOSA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.892.304 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUCIMERE BARBOSA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.892.304/08, 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		Número	Complemento
RUA MANOEL ALVES DE MOURA		64	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	(81)9.9665-0454	(81)9.8133-5022	

SURUBIM, 28 de MAIO de 2020.

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Hospital São Luiz
APAMI - Surubim

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM
Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim – PE
Fone: 81 – 36341624 Fax: 3634-1461
CNPJ 11.754.025/0001-05
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que LUCIMERE BARBOSA DA SILVA, deu entrada neste serviço no dia 26/03/2020, após acidente , feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste, conforme consta em prontuário de nosso arquivo .

Surubim, 30 de abril de 2020.

Adriana Olivia Cabral
Funcionaria Encarregada

HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 120/48262 Data: **26/03/2020 11:41** Recep: VANDSON
Convênio: SUS Matrícula: Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Médico: **FRANCISCO EUDES R DE AQUINO** Cartão SUS:

Registro: **101155**
Paciente: **LUCIMERE BARBOSA DA SILVA** Prontuário: 101155
Nascimento: 21/05/1988 - Idade: 31 anos Cor:
Endereço: LOTEAMENTO SNTO VALDIR Sexo: Feminino
Bairro: ZONA RURAL Nº C.P.F.
IBGE/Cidade: VERTENTE DO LERIO Cep: 55750-000 Identidade: /
Pai: UF: PE Telefone:
Mãe: MARLUCE ROSA BARBOSA DA SILVA G. instrução:
Est. Civil: Naturalidade:

OBS: CORREDOR

Anamnese e Exame Sumário: [illegible]

Exames Complementares: [illegible]

Hip Diagnóstica /Cid: K.R.A. S-5911 962

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Francisco Eudes R. de Aquino
Médico
CRM-PE 13090

Materiais Usados:

Assinatura e Carimbo do Médico

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Lucimere Barbosa da Silva , Esteve Interno (a) nesta Unidade de Saúde no dia 26/03/2020 a 26/03/2020. Registro : 356881**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 30 de Abril 2020

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 598521 Prontuário: 356881

Nome: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA
Data Nasc.: 21/05/1983 **Idade:** 31 **Sexo:** FEMININO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** 8261072 **CNS:**
Endereço: RUA CAPITÃO LUIZ DE FRANÇA
Bairro: CENTRO **Cidade:** VERTENTE DO LÉRIO **Estado:** PE
CEP: 55760970 **Fone:** 981580059 **Profissão:**
Nome da Mãe: MARLUCE ROSA BARBOSA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO **Data:** 26/08/2020 15:58 **Médico:** MÉDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:
[illegible]

Exame Físico: PA: FC: FR:
[illegible]

Diag. Provisório:
[illegible]

Prescrição: Dieta:

Data		Horário

Jackson José Rivera
Ortopedista / Traumatologista

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as conseguências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

_____
Assinatura

Autorização de Procedímeto ( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

_____
Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

(X) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido

( ) Transferência: _____ ( ) Internamento: _____

Condição de Alta

( ) Curado (X) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: 26 / 03 / 2020 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

26/03/2020 15:58:40
2 de 2

Usuário do Atendimento
ALISSONES

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM

Entidade Filantrópica Mantenedora do HOSPITAL SÃO LUIZ E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO BOM DESPACHO

INTEGRANTE DA IV REGIONAL DE SAÚDE

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde:		Município:	Região de Saúde:
Nome do Paciente: [illegible]			
Quadro Clínico: [illegible]			
Diagnóstico: [illegible]			

1ª REMOÇÃO

Destino: [illegible]	Município: [illegible]	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado): [illegible]			
Assinatura do Responsável: [illegible]	N.º do C.R.M.: [illegible]	Data: 26.05.2020	

2ª REMOÇÃO

Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:	

3ª REMOÇÃO

Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:	

4ª REMOÇÃO

Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:	

Unidade Prestadora do Atendimento:	Município:	
Especificação do Atendimento Prestado:		
Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:

Liv./Gráfica Localidade - fone: 634-1551 - Surubim

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Luciane Bartolo da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura de pelve (E) CID-10: S32, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 03/04/20. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7451 CRM-PE 21025

Bezerros, 03/04/20.

Digitalizado com CamScanner

Hospital Regional
JESUS PEQUENINO

NOME: Lucivere Barbosa da Silva

REGISTRO: 130923

DATA DA CIRURGIA: 03/04/2020 ALTA: 06.04.2020

DIAGNÓSTICO: Fratura do punho (E)

TRATAMENTO: Placa ponte

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: **21/05** **ÀS 7HS**

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 21025

Hospital Regional
JESUS PEQUENINO

Digitalizado com CamScanner

Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins previdenciários que o Sr. **LUCIMERE BARBOSA DA SILVA**, 32 anos, agricultora, foi vítima de trauma na perna esquerda em 26 de março de 2020 que resultou em fratura diafisária da tíbia esquerda. Foi submetida à osteossíntese cirúrgica com placa e parafusos em 05 de abril de 2020.

As lesões comprometem a estrutura e função dos tecidos musculoesqueléticos, afetando amplamente o desempenho físico do referido paciente por causar comprometimentos como dor, inflamação, deformidade estrutural, restrição dos movimentos articulares, instabilidade articular e fraqueza muscular.

Há restrição de suas atividades laborativas, redução da capacidade do trabalho e comprometimento de sua qualidade de vida.

Encontra-se incapacitado de realizar suas atividades profissionais por um período de 180 (cento e oitenta) dias.

CID 10: S 82.2

Sem mais para o momento, renovamos a nossa expressão da mais elevada consideração e apreço, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CRM: 11695 / PE

Surubim, 7 de agosto de 2020

11:05:31

Rua Antônio Medeiros Sobrinho
Cabaceira - Surubim
Fones: (81) 3634.1290 / 3634.1
www.institutoroberto...com

Digitalizado com CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3092028 SSP PE

CPF
574.946.534-68

DATA NASCIMENTO
04/06/1968

FILIAÇÃO
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
HALVANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
[illegible]

VALIDADE
[illegible]

Nº HABILITAÇÃO
25/09/1986

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

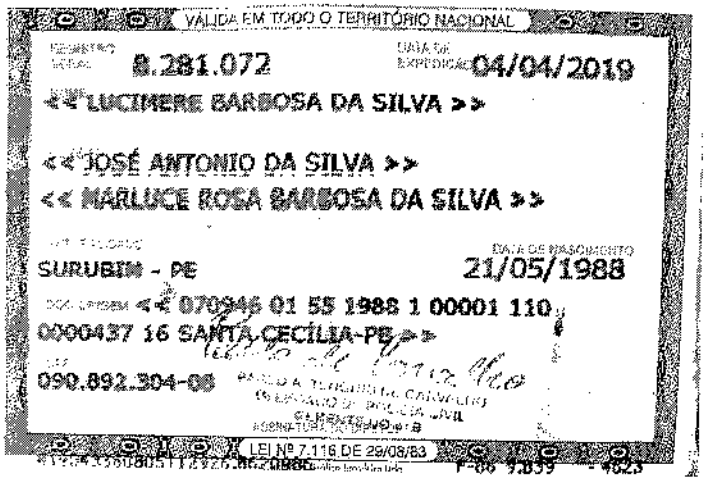
DATA EMISSÃO
16/12/2015

ASSINATURA DO PORTADOR

47587076291
PE070298467

OLINDA - PE/PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
090.892.304-08

Nome
LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Nascimento
21/05/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Placa: KGY-4155

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC15109R106469

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2009

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177628/20

Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 23/03/2020

CPF: 090.892.304-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LUCIMERE BARBOSA DA SILVA : 090.892.304-08

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 26/06/2020	Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 574.940.534-68	CPF: 492.294.514-87
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Marta Marinho dos Santos

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32 00229601 Data da solicitação: 27/08/20 (DD/MM/AA)

Nome do beneficiário: Jucimere Barbosa da Silva CPF do beneficiário: 090.892.304-08

Nome do solicitante: CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9665-0454 (DDD) Tel. Comercial: ( ) (DDD) Tel. Residencial: ( ) (DDD)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: Laudo Médico (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Vertente do Lério 27 DE Agosto de 2020.
Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229601 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 - *VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
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 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 inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229601 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229601 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X
PÁG. 7/8_LAUDO MÉDICO

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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229601 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 1_RELATÓRIO MÉDICO.
REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229601 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: **130320**

PÁG. 1_EXAME DE IMAGEM
REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229601 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: **130320**
PÁG. 1_EXAME DE IMAGEM
REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229601 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X

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**

P R O C U R A Ç Ã O

OUTORGANTE

NOME: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTORA
IDENTIDADE: 8.281.072 – SDS/PE e CPF nº 090.892.304/08
DATA DO ACIDENTE: 26/03/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: LOTEAMENTO SANTO VALDIR, nº 33-B – VERTENTE DO LÉRIO(PE).

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO – OAB/PE: 52.105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE e CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº 64, BAIRRO: CENTRO, SURUBIM-PE – CEP: 55.750-000.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.** PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

VERTENTE DO LÉRIO (PE), 27 DE ABRIL DE 2020.

Lucimere Barbosa da Silva

ASSINATURA DA OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177628/20

Número do Sinistro: 3200229601

Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 23/03/2020

CPF: 090.892.304-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

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: 21/07/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177628/20

Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 23/03/2020

CPF: 090.892.304-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LUCIMERE BARBOSA DA SILVA : 090.892.304-08

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 26/06/2020	Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 574.940.534-68	CPF: 492.294.514-87
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177628/20

Número do Sinistro: 3200229601

Vítima: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 23/03/2020

CPF: 090.892.304-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIMERE BARBOSA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

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: 27/08/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA