
Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679768

Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS AMARO 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



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190679768 Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS AMARO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679768

Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCOS AMARO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/11/2018, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 0000 - PE, da Instituição HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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:

038.086.194-14

MARCOS AMARO DA SILVA

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

Nome completo:

MARCOS AMARO DA SILVA

CPF:

038.086.194-14

Número:

185

Complemento:

CEP:

55642-620

Tel. (DDD):

819 4228-5092

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA: PE CICERO

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GOIOXATA

Estado:

PE

E-mail:

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:

1583

013

CONTA:

15968

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 do 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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasceu (val nascer):

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

DECLARAÇÃO DE SINISTROS

DPVAT

(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

27 DEZ. 2018

2ª Nome:

CPF:

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Cajazeiras - RJ CEP: 52013-040

Assinatura

(*) 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 fidedignidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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:

038.086.194-14

MARCOS AMARO DA SILVA

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

Nome completo:

MARCOS AMARO DA SILVA

CPF:

038.086.194-14

Número:

185

Complemento:

CEP:

55642-620

Tel. (DDD):

819 4228-5092

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA: PE CICERO

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GOIOXATA

Estado:

PE

E-mail:

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:

1583

013

CONTA:

15968

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 do 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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasceu (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

DECLARAÇÃO DE SINISTROS

DPVAT

(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

27 DEZ. 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Graciosa, Recife (PE) CEP: 52013-040

Assinatura

0463892/18

495262



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP 62ª CIRC
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0152005078

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2018** às **14:38**

Complementa o BO Número: **18E0152005070**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/11/2018** às **20:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO À VILA SANTA LUZIA** - Bairro:
CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
MARCOS JOSE DOS SANTOS (OUTRO)
MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979**



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

MARCOS JOSE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO**
/ **PERNAMBUCO / BRASIL**

MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979 (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA DA SILVA** Pai: **AMARO SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **12/11/1980** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

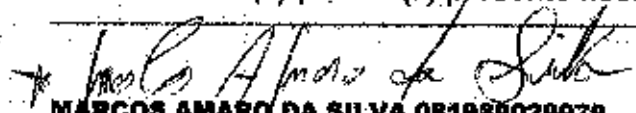
MOTO PLACA OYU2182 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS JOSE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYU2182 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **CG 150 TITAN EX**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA, INFORMANDO QUE AO PILOTAR A MOTO DAFRA PLACA OYU2182, PRÓXIMO À VILA SANTA LUZIA, UM AUTOMÓVEL FIAT "TRANCOU" A MOTO QUE PILOTAVA, PROVOCANDO O ACIDENTE, ONDE A VÍTIMA SOFREU QUEIMADURA DE TERCEIRO GRAU EMBAIXO DO PÉ DIREITO, ESCORIAÇÕES DO TÓRAX, DA COLUNA E ARRANHÕES NA PERNA DIREITA, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO APRESENTADA NESTA DELEGACIA. "ESTE BOE COMPLEMENTA O BOE 18E0152005070, POIS A VÍTIMA TROUXE O CRLV DA MOTO ERRADA." A MOTO CORRETA É A PLACA OYU2182 E NÃO KHD9034.

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


MARCOS AMARO DA SILVA 081989029979
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: DEISE CARBOSA FIGUEROA FARIA - Matrícula: 3875113

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracós - Recife/PE CEP: 52011-040

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

038.086.194-14

MARCOS AMARO DA SILVA

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

Nome completo:

MARCOS AMARO DA SILVA

CPF:

038.086.194-14

Número:

185

Complemento:

CEP:

55642-620

Tel. (DDD):

819 4228-5092

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA: PE CICERO

Bairro:

CENTRO

Cidade:

GOIOXATA

Estado:

PE

E-mail:

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:

1583

015

CONTA:

15968

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 do 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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Gráu 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

nasceu (val nascer):

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que estiverem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

DECLARAÇÃO DE SINISTROS

DPVAT

(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Cajazeiras - RJ CEP: 52013-040

Assinatura

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 fidedignidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 333128
PACIENTE: MARCOS AMARO DA SILVA
GENITORA: JOSEFA MARIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1980
ENDEREÇO: PADRE CICERO
BAIRRO: NS DAS GRACAS
PONTO DE REFERENCIA:

IDADE: 38

CIDADE: GRAVATA

DATA: 13/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 20:20

CNS: 709200211651431

TELEFONE:

SEXO: Masculino

Nº: 185

COR: Sem Informação

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

Aumenta-se com febre e dor no
pe (bacia) direita se a dor de mto.
Apresenta febre e dores

EXAME FÍSICO

(~~AT~~ — ~~top~~ — ~~ms~~)

Travessal — 1 ap + 100ml de SFG + 120ml de SFG
Josineide Gomes
Fisica Enf.ª
COREN-PE: 208

EXAMES SOLICITADOS

ND

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ. 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gravata - PE CEP: 55642-250

HD

CID

1- Eficiência 2- Durabilidade da Gravata

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Alf



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 333128
PACIENTE: MARCOS AMARO DA SILVA
GENITORA: JOSEFA MARIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1980
ENDEREÇO: PADRE CICERO
BAIRRO: NS DAS GRACAS
PONTO DE REFERENCIA:

IDADE: 38

CIDADE: GRAVATA

DATA: 13/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 20:20

CNS: 709200211651431

TELEFONE:

SEXO: Masculino

Nº: 185

COR: Sem Informação

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

Aumenta-se com febre e dor no
pe (bacia) direita se a dor de mto.
Apresenta febre e dores

EXAME FÍSICO

(~~AT~~ — ~~top~~ — ~~ms~~)

Travessal — 1 ap + 100ml de SFG + 120ml de SFG
Josineide Gomes
Fisica Enf.ª
COREN-PE: 208

EXAMES SOLICITADOS

ND-2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ. 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gravata - PE CEP: 55642-250

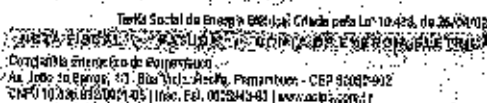
HD

CID

1- Eficiência 2- Durabilidade da Gravata

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Alf



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PÉCICERO 185

CENTRO GRAVATA
GRAVATA.FE
55342-220

0804130021 11/2018

03/12/2018 27/12/2018

OTAS KROKODIL 45

[illegible]

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Custeio Ativo (KWH)	00,000000	0,7986089	38,27
Aterramento Bandeira AMARELA			-0,66
Aterramento Bandeira VERMELHA			-0,64
Contribuição Pública Municipal			3,34
OBS Subvenção CDE- NF 033286614 - 25/04/18			0,46
Mutação de área- NF 033289914 - 25/04/18			1,22
Mutação de área- NF 033709908 - 25/10/18			1,21
Juros por atraso- NF 033286614 - 25/04/18			0,18
Auditoria ISPAN- NF 027069993 - 25/10/18			0,78
Auditoria GEMA- NF 033286614 - 26/08/13			0,12
PRO-CREANÇA- (001)3412-9380 0800 081 6866			0,85
			0,88
TOTAL DA FATURA			68,68

ΤΟΥΤΑ: ΠΑΡΕΣΤΙΡΑ

459

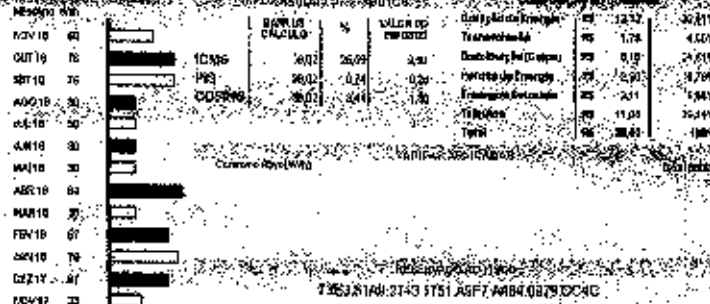
DEMONSTRATION OF DOMINANT STATUS POTENTIAL

Nº DO MEMBRO	TIPO DA PARTICIPAÇÃO	AUTORIZAÇÃO		ACTUAL		Nº DE REGISTROS	OBRIGATORIEDADE	VALOR UNITÁRIO	CONSTATADO (R\$)
		DATA	SIGNATURA	DATA	SIGNATURA				
314377113	CAT	26-02-2018	2314100	28-03-2018	2344400	40		1,00000	40,00

2. 研究目的及意义

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1039-1043.

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26



7353 8164 2143 5751 85F7 4484 0279 DC40

陳國治與陳國治之兄陳國治

[illegible]

A growing body of research shows that people who are more socially connected are healthier and live longer. A 2015 study in *Psychological Science* found that people who are more socially connected are more likely to engage in health-promoting behaviors, such as exercising and eating healthy. People who are more socially connected are also more likely to seek out and accept help when they need it. This is because people who are more socially connected have a stronger sense of social support, which is a key factor in health and well-being. Social support can help people cope with stress, which is a major risk factor for many chronic diseases. It can also help people stay motivated to make positive changes in their lives. So, if you want to live a healthier and longer life, it's important to build and maintain strong social connections.

CATEGORIA	PUBICIDAD EN MEDIOS DE COMUNICACION				GASTOS DE VIAJES		
	RENTAS DE PUBLICIDAD	RENTAS DE PUBLICIDAD	RENTAS DE PUBLICIDAD	RENTAS DE PUBLICIDAD	RENTAS DE PUBLICIDAD	RENTAS DE PUBLICIDAD	RENTAS DE PUBLICIDAD
ELC	2,023	5,028	11,110	22,222	220	262	281
MAS	8,100	2,400	6,000	12,000			
GRUP	1,000	2,000	4,000	8,000			

Lima DCM-1722 EUSA - Valor do fisco em 12/2005 Serpente de D. 1/2006 MPB-1328

CODIGO CONTRATO	PERIODO	DATA DE ORCAMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0004930001	11/2018	08/27/2018	25,00

83870000000-1 45980011000-0 89413902110-7 15147741333-2



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

27 OF 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 716 Loja 6
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

MIDWAY
FERNANDEZ



G. EVESON S. LAMARCA
RUA RIVALDO BALTAR SE
CHACO GRAVATA DE
5543-145



**DELOAN HAS PICTURE FOR A MAN
HIS MOTHER AND FATHER WERE KILLED**

DATE: 11/11/11
TIME: 11:11 AM
LOCATION: 1111 11th St

Data de Recebimento: 28/04/2015

DWP No. Wm0000012-10017/2019

01670000



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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/BIBLIOTECABWEB/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 9.513/98.

Pelo exposto, eu GLEYSON SANTANA DA AMARAL inscrito (a) no CPF 847.705.894 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS AMARO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.086.194 / 11 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCOS AMARO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.086.194 / 11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

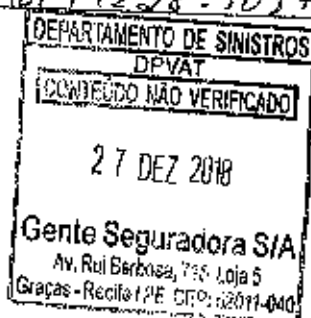
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número		Complemento	
RUA: RIVALDO BOLTAR		56			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
PRADO	GRAVATÁ	PE	55647-155		
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)		
gleyson40@hotmail.com	99746-3213		8199228-5037		

GRAVATÁ 04 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Gleyson Santana da Amaral
Assinatura do Declarante



Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 745 Loja 5
Gracas - Recife / PE CEP: 53011-040

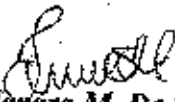
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação e a quem interessar posse que o Sr. **MARCOS AMARO DA SILVA**, portador do RG : 6.235.875 e CPF : 038.086.194-14, realiza curativos diários no Hospital Geral Alfredo Alves De Lima no município de Chã Grande-PE, desde 11 de novembro de 2018 até a presente data. Sem mais para o momento, me coloco a disposição para maiores esclarecimentos.

Chã Grande, 28 de Novembro de 2018

Atenciosamente




Isabella Mayara M. De Sousa Macêdo
Coordenadora de Enfermagem / SAMU

Isabella Mayara Sousa
COREN-PE 434.222 - ENF



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

portador da Carteira Profissional nº

Série _____ necessita de

Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença. 1353 dias de afastamento do

Hospital ou Ambulatório

RECEIVED
JAN 17 1964

Ass. do Médico - CRM Nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa 15 dias de afastamento do trabalho.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

REP	DPVAT
-----	-------

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

27 DE7 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 795 Lúcia B.
Graciosa - Recife/PE CEP: 52099-040



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 333128
PACIENTE: MARCOS AMARO DA SILVA
GENITORA: JOSEFA MARIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1980
ENDEREÇO: PADRE CICERO
BAIRRO: NS DAS GRACAS
PONTO DE REFERENCIA:

IDADE: 38

CIDADE: GRAVATA

DATA: 13/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 20:20

CNS: 709200211651431

TELEFONE:

SEXO: Masculino

Nº: 185

COR: Sem Informação

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

Aumenta-se com febre e dor no
pe (bacia) direita se a dor de mto.
Apresenta febre e dores

EXAME FÍSICO

(~~AT~~ — ~~top~~ — ~~ms~~)

Travessal — 1 ap + 100ml de SFG + 120ml de SFG
Josineide Gomes
Fisica Enf.ª
COREN-PE: 208

EXAMES SOLICITADOS

ND-2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ. 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gravata - PE CEP: 55642-250

HD

CID

1- Eficiência 2- Durabilidade da Gravata

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Alf

Prova



TERMINAL VALDA DO TORO - TERRITORIO NACIONAL DE CAPOEIRA

SERIAL: 6.735.875 DATA DE EMISSAO: 16/01/2015

GRUPO: << MARCOS AMARO DA SILVA >>

GRUPO: << AMARO GEVERINO DA SILVA >>

GRUPO: << JOSEFA MARTA DA SILVA >>

GRUPO: << GRAYATA PE >> DATA DE EMISSAO: 12/11/1988

GRUPO: << CH 21871 LAIS F 92 CART GRAYATA >>

GRUPO: << PE 01 00 109E >>

GRUPO: << 030 080 104 10 >>

GRUPO: << 030 080 104 10 >>

ACORDAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
DANIFICADO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

Ante Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Lc 9-5
Recife PE CEP: 52011-000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679768 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO POR QUEIMADURA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.4 - ANEXO 1
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PMR

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: MARCOS AMARO DA SILVA

RG: 6.235.875 SDS/PE

CPF: 038.086.194-14

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: PINTOR

Endereço: RUA PADRE CICERO N. 185 Bairro: NS DAS GRAÇAS

GRAVATA/PE CEP: 55642-620, neste ato tendo assinado a rogo

RG: SDS/PE CPF:

Endereço:

N:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Est. Civil: DIVORCIADO

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

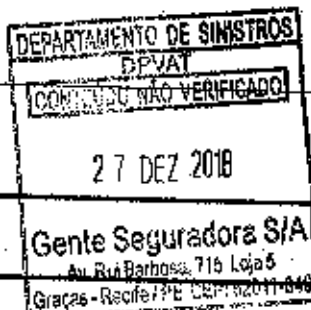
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.

GRAVATA, 27/11/2018

Marcos Amaro da Silva
OUTORGANTE

Testemunhas:

A Rogo:



Local e data

(reconhecer firma por autenticidade).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: MARCOS AMARO DA SILVA

RG: 6.235.875 SDS/PE

CPF: 038.086.194-14

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: PINTOR

Endereço: RUA PADRE CICERO N. 185 Bairro: NS DAS GRAÇAS

GRAVATA/PE CEP: 55642-620, neste ato tendo assinado a rogo

RG: SDS/PE CPF:

Endereço:

N:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Est. Civil: DIVORCIADO

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

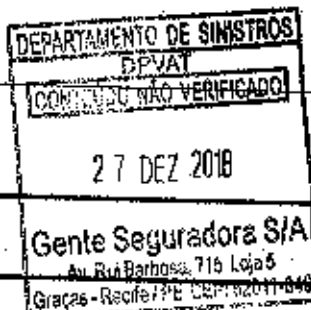
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.

GRAVATA, 27/11/2018

Marcos Amaro da Silva
OUTORGANTE

Testemunhas:

A Rogo:



Local e data

(reconhecer firma por autenticidade).



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463892/18

Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA

CPF: 038.086.194-14

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS AMARO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

MARCOS AMARO DA SILVA : 038.086.194-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/12/2018
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435188/19

Vítima: MARCOS AMARO DA SILVA

CPF: 038.086.194-14

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS AMARO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

MARCOS AMARO DA SILVA : 038.086.194-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino