

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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723616

Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAELA DO NASCIMENTO 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

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, 17 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190723616**

Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAELA DO NASCIMENTO 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000325-5

Conta: 0000057230-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:
082.032.354-33 **Rafaela do Nascimento Silva**

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

5 - Nome completo: Rafaela do Nascimento Silva	6 - CPF: 082.032.354-33		
7 - Profissão: aux de cozinha	8 - Endereço: Rua das Prazeres	9 - Número: 227	10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Areias	12 - Cidade: Recife	13 - Estado: PE	14 - CEP: 50860-240
15 - E-mail: -	16 - Tel.(DDD): (81) 9 8801-5010		

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **0325**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **57.230**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **57.230**

6

(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (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

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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Recife, 18 de dezembro de 2019.**

Rafaela do Nascimento Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ª CIRC DIM/4ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19EO102004222

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/12/2019 às 16:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 10/8/2019 às 17:50

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1 - Bairro: AREIAS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MOTOTAXISTA (OUTRO)
RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): MOTOTAXISTA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO**

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

**RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão:
MÔNICA DO NASCIMENTO SILVA Pat: ISRAEL JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento:
16/8/1982 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7741817/SDS/PE
(RG). 68283225433 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: AUXILIAR DE COZINHA Telefones Celulares:
- 983646972**

**Endereço Residencial: RUA PRAZERES, 227, CASA-A - CEP: 55000-000 - Bairro: AREIAS -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOTAXISTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / NÃO INFORMADO / CAMARÕES Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO**

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOTAXISTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOTAXISTA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP A SRA. RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA, NOTICIANDO QUE SOLICITOU OS SERVIÇOS DE UM MOTOTAXISTA, ESTE CONDUZIA O VEÍCULO 1 E NO MEIO DO TRAJETO FOI ATINGIDO PELO VEÍCULO 2, TORNANDO SUA QUEDA INEVITÁVEL. FOI ATENDIDA POR UMA VIATURA DO SAMU, DIRECIONADA PARA A UPA DA CAXANGÁ, POSTERIORMENTE REDIRECIONADA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS E DE LÁ TRANSFERIDA PARA A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE, ONDE FOI SUBMETIDA A DUAS CIRURGIAS, UMA EM CADA PÉ. ANTE O EXPOSTO, MESMO O FATO SENDO AFETO À DELEGAÇÃO DE AFOGADOS, VEN A ESTA INFORMÁ-LO.

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

Rafaela Do Nas. Silva
 RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
 (VITIMA)

Rafaela Do Nas. Silva
 B.O. registrado por: MARCILIO GOMES DA FONSECA - Matrícula 683198-9
 12º Circunscrição



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:
082.032.354-33 **Rafaela do Nascimento Silva**

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

5 - Nome completo: Rafaela do Nascimento Silva	6 - CPF: 082.032.354-33		
7 - Profissão: aux de cozinha	8 - Endereço: Rua das Prazeres	9 - Número: 227	10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Areias	12 - Cidade: Recife	13 - Estado: PE	14 - CEP: 50860-240
15 - E-mail: -	16 - Tel.(DDD): (81) 9 8801-5010		

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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
---	---

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: **BANCO do BRASIL**

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CONTA: <input type="text"/>
---	--

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

6

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

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

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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Recife, 18 de dezembro de 2019.**

+Rafaela do Nascimento Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

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: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00325-5

CONTA: 00000057230-6

Nr. da Autenticação C478ED588DB7A7B1

HONDA

Consórcio

FAC

9912332410/2013-DRV/SPM

Honda

Correios



CTC RECIFE PE PL1

RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
R DOS PRAZERES, 227 CASA
AREIAS
50860-240 RECIFE PE



7213343637208030000000346530010719

Data da postagem: 01/07/19

TGS0003465



MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA OK.
acesse www.ok.com.br/MinhaOK

FATURA DE
JUL/2019

VENOMENTS
02/08/2019

Entregado em: 13/07/2019

PASAR (RSI)
184,18

10

Blahblahblahblahblahblahblahblah

CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIAS
50781-025 - RECIFE - PE

0001145



72000039876 99999 999999999999 10 150719

PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.

A Joice é a inteligência artificial da Cl. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVICIOS UTILIZADOS

OI MAIS

118,83

www.britishmuseum.org

1-800-222-1234

PRIMAR DOCUMENT: 221078440
PRIMAR REZULTAT: 222552424

• Serviços Adicionais

59/20

• SERVIÇOS ADICIONAIS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Luene de Oliveira Júnior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rafaela do Nascimento Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.032.354 / 33,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Rafaela do Nascimento Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.032.354 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Dr Adelino Filho</u>	Número:	<u>408</u>	Complemento:	<u>-</u>
Bairro:	<u>Estância</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	CEP: <u>50781-025</u>
E-mail:	<u>-</u>			Tel.(DDD):	<u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 28 de dezembro de 2019

Anderson Luene de Oliveira Júnior

Assinatura do Declarante



Nome: 248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA	Idade: 31a 0m 4d	Nascimento: 16/08/1988	Data do Atendimento: 10/08/2019
Sexo: FEMININO	Contatos: / 81-984459040		Prontuário: 00248324
Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA	Endereço: RUA PRAZERES , 227 - AREIAS - RECIFE/ PE - CEP: 50860240		Nº Atendimento: 01331595
			Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
			Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SÁBADO, 10 DE AGOSTO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HGV TRAUMATOLOGIA

SENHA: 5746124

QP:

paciente trazida pelo samu com relato de QUEDA DE MOTO . REFERE DOR EM AMBOS OS PÉS, em: 10/08/19 18:27

EVOLUÇÃO:

CORTE CONUSO EM 5º PDD

Dr. Eraldo Araújo Gomes
Médico
CRM: 22517 - PE

MEDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	10/08/2019
248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA	31a 0m 4d	16/08/1988	Prontuário:	00248324
Sexo:	Contatos:		Nº Atendimento:	01331595
FEMININO	-	/ 81-984459040	Serviço:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Mãe:	Endereço:		Médico:	MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569
MONICA DO NASCIMENTO SILVA	RUA PRAZERES , 227 - AREIAS - RECIFE/PE - CEP: 50860240			

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA EXPOSTA DE 5º PDD

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOL RX
AINE, em: 10/08/19 18:27
IMOBILIZAÇÃO
TRANSFEENCIÁ DE URGENCIA

MÉDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Dr. E. Trajano Gomes
CRM: 22517-PE



Nome: 248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
Sexo: FEMININO
Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Idade: 31a 0m 4d
Nascimento: 16/08/1988
Contatos: 81-984459040

Data do Atendimento: 10/08/2019
Prontuário: 00248324
Nº Atendimento: 01331595
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

paciente trazida pelo samu com relato de QUEDA DE MOTO . REFERE DOR EM AMBOS OS PÉS

EXAME FÍSICO:

EDEMA E ESCORIAÇÃO EM PÉS , TNZ

DIAGNÓSTICO:

TRAUMA EM PÉS

Leil
Dr. Eni Araújo Gomes
Médica
CRM: 22517 - PE



Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ


Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	10/08/2019
248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA	31a 0m 4d	16/08/1988	Prontuário:	00248324
Sexo: FEMININO	Contatos: 81-984459040		Nº Atendimento:	01331595
Mãe:	Endereço:	Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
MONICA DO NASCIMENTO SILVA	RUA PRAZERES, 227 - AREIAS - RECIFE/PE - CEP: 50860240	Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569		

Conduta:

SOL RX
AINE

MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Dr. Eni Araújo Lopes
CRM: 22517-PE

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-10 18:16:03

	Nome Paciente: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA Cód. Paciente: 248324 Data de Nascimento: 16/08/1988 Sexo: Feminino Idade: 31 Senha: OR0036 Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO Atendimento: 1331595	
--	--	---

Período: 2019-08-10 18:16:03 - 2019-08-10 18:19:39

Prioridade:	URGENCIA
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE COM SAMU RECIFE NOC (665530) PACIENTE VITIM ADE QUEDA DE MOTO NEGA SINCOPE E ÊMESE APRESENTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR EM MMII
Observação:	HAS- DM- ALERGIAS-
Fluxograma sintoma:	ACIDENTE DE TRANSPORTE
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- CAPNOGRAFIA: 98.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 87.00 BPM - FREQUENCIA RESPIRATORIA: 19.00 RPM - GLICOSE: 92.00 MG/DL - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 70.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.00 C°



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a paciente **RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA**, prontuário nº **857267**, admitida neste hospital em **11/08/2019** com diagnóstico de Fratura de calcâneo esquerdo + Fratura do 5º pododáctilo do pé direito, sendo submetida a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em **14/08/2019**.

Recife, 06 de Novembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800

Registro: 126124 Prontuário: 857267 Data de Nascimento: 16/08/88 Idade: 30 ANO(S)

Nome do Paciente: **RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA** Sexo: Feminino

Nome da Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 08203235433

Data: 13/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

S920 - FRATURA DO CALCÂNEO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito CÓDIGO: 0408050535 / 0408050713

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito + Osteotomia + Exploração Articular CÓDIGO: 0408050535 / 0408050713 / 0408060190 / 0408060123

COD.	EQUIPE	NOME	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 24/10/2019 12:44:45.



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 126124 Prontuário: 857267 Data de Nascimento: 16/08/88 Idade: 30 ANO(S)

Nome do Paciente: **RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA** Sexo: Feminino

Nome da Mãe: **MONICA DO NASCIMENTO SILVA**

CPF: 08203235433

Data: 13/08/2019

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 24/10/2019 12:44:45.

Two handwritten signatures are present at the bottom of the document. The signature on the left appears to be that of the medical professional, Dr. Azarias Salgado de Vasconcelos Neto. The signature on the right appears to be that of a representative of the Santa Casa de Misericórdia do Recife.

Registro: 126124 Prontuário: 857267 Data de Nascimento: 16/08/88 Idade: 30 ANO(S)

Nome do Paciente: **RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA** Sexo: Feminino

Nome da Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 08203235433

Data: 13/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 24/10/2019-12:41

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito + Osteotomia + Exploração Articular

Cirurgião: Dr. Azarias Salgado

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão lateral do pé;
4. Abordagem por planos;
5. Dissecção por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado exploração articular a partir de osteotomia(abertura de janela óssea), realizado redução do foco da fratura com aposição de 01 placa p/ calcâneo + parafusos. Verificado boa aposição dos implantes;
6. Limpeza com SF 0,9%;
7. Sutura por planos;
8. Curativo;

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão dorsal;
4. Abordagem por planos;
5. Visualização do foco da fratura;
6. Realizado decorticação + redução cirúrgica da fratura do 5º metatarso.
7. Realizado mini incisão do 5MTT, fixação com fio de kirschner;
8. Verificado boa posição dos implantes e boa estabilidade da fratura através de scopia; Realizado manipulação articular;
9. Limpeza com SF0,9%;
10. Sutura;

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 24/10/2019 12:42:05.

Registro:126124 Prontuário:857267 Data de Nascimento:16/08/88 Idade:30 ANO(S)

Nome do Paciente:**RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA** Sexo:Feminino

Nome da Mãe:MONICA DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 08203235433

Data: 13/08/2019

11. Curativo;
12. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM:6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 24/10/2019 12:42:05.



Relatório Médico de Alta

Nome: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
 Reg.: 126124 Pront.: 857267
 exo: Feminino Dt. Nasc.: 16/08/1988
 onv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 31
 Admissão: 11/08/2019 13:17 Alta: 14/08/2019 10:28

Admissão:

RATURA EM EM 5 PDE E CALCÂNEO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Princípial S92.0 FRATURA DO CALCÂNEO

Internação:

Internação	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
INFERNARIA SÃO LUIZ	11/08/2019 13:17	14/08/2019 10:28	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- 1) Tomar medicação prescrita;
- 1) Realizar RX
- 1) Realizar curativo;
- 1) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

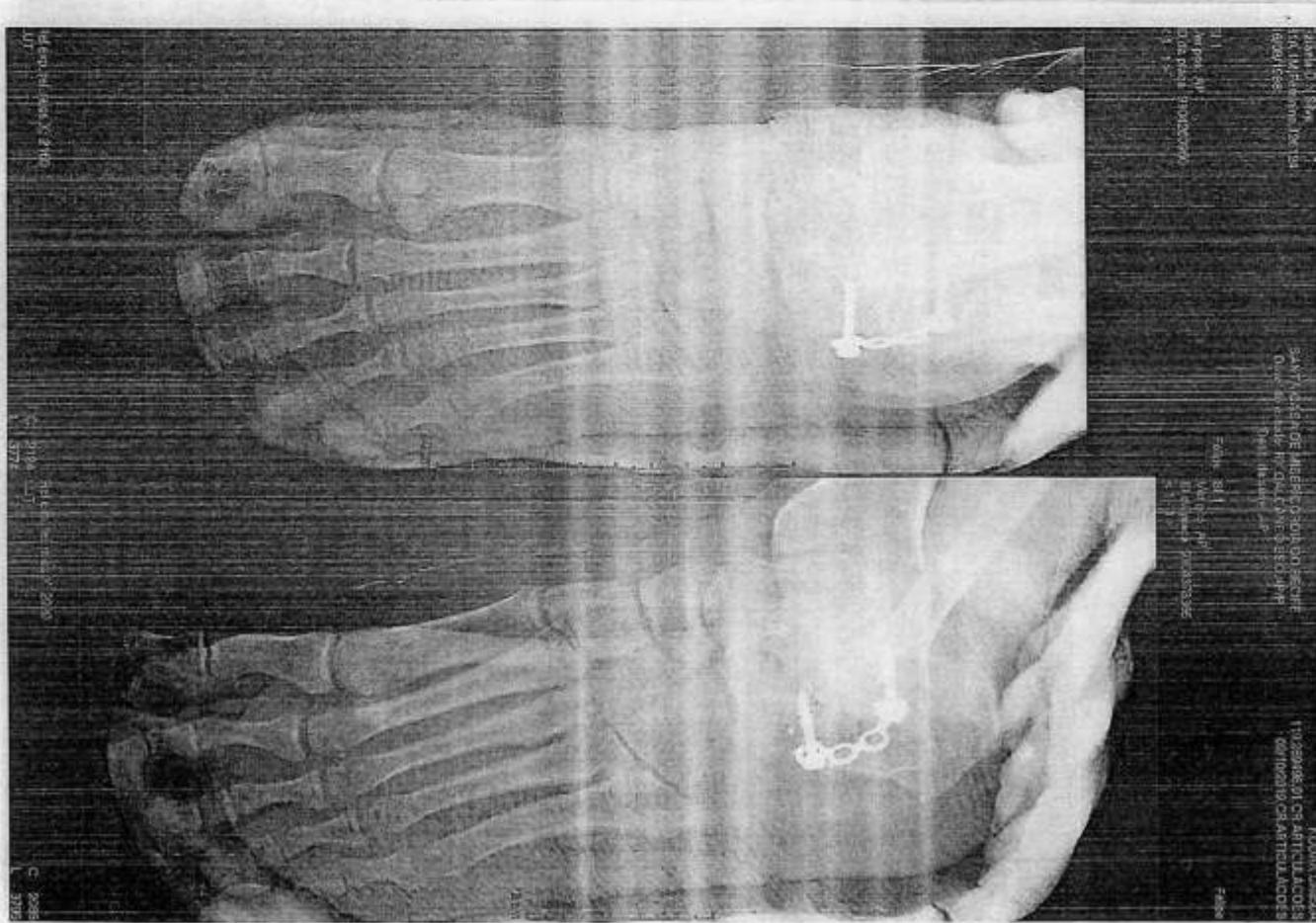
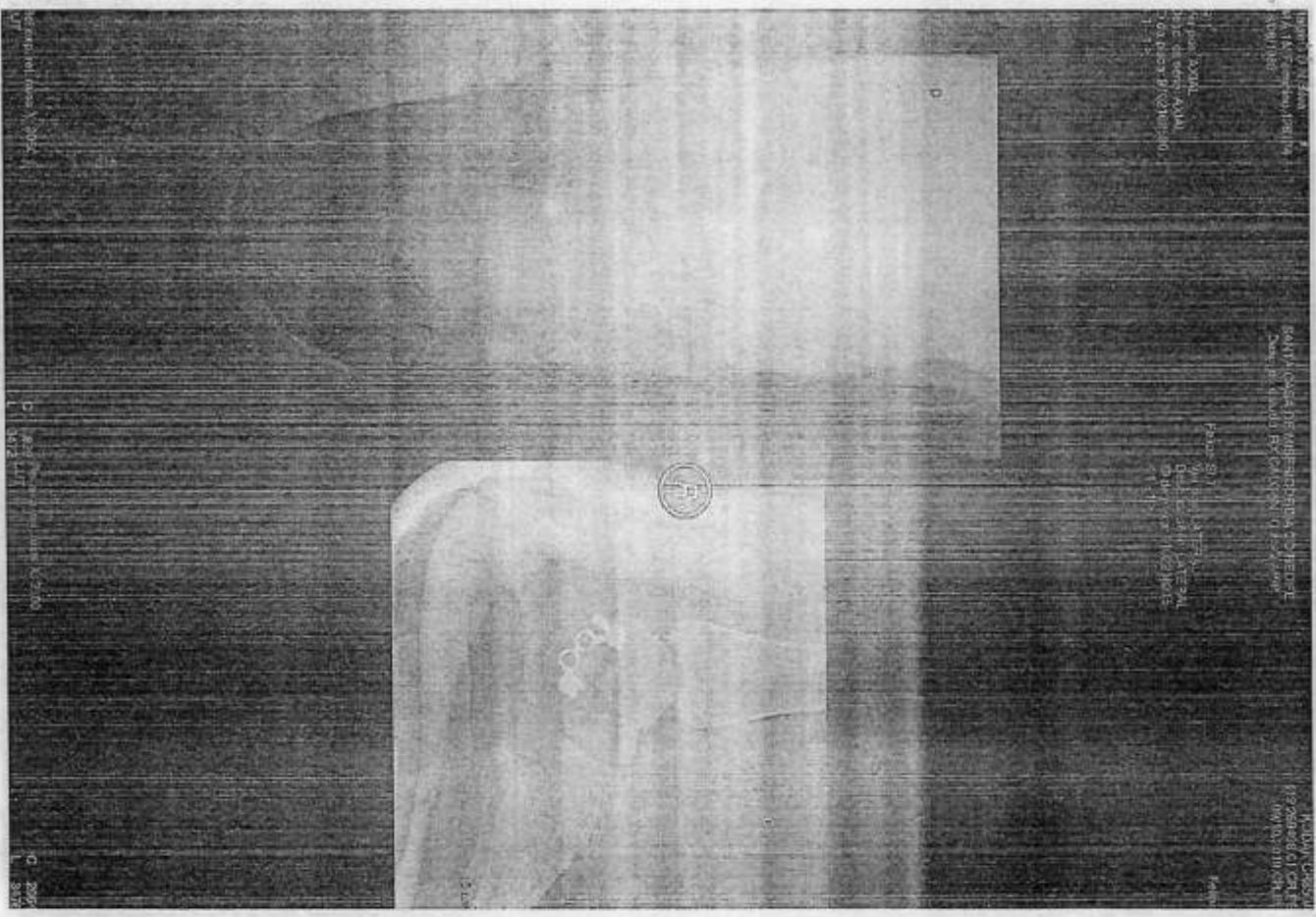
Tipo de Alta: Médica

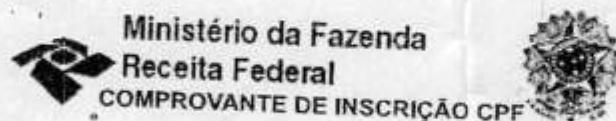
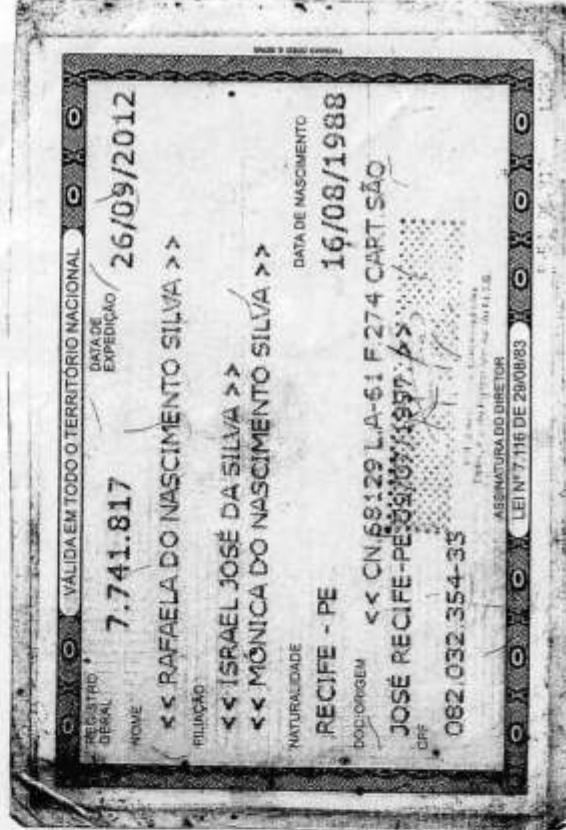
Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM:

10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
 Ortopedista / Traumatologista
 CRM: 10531

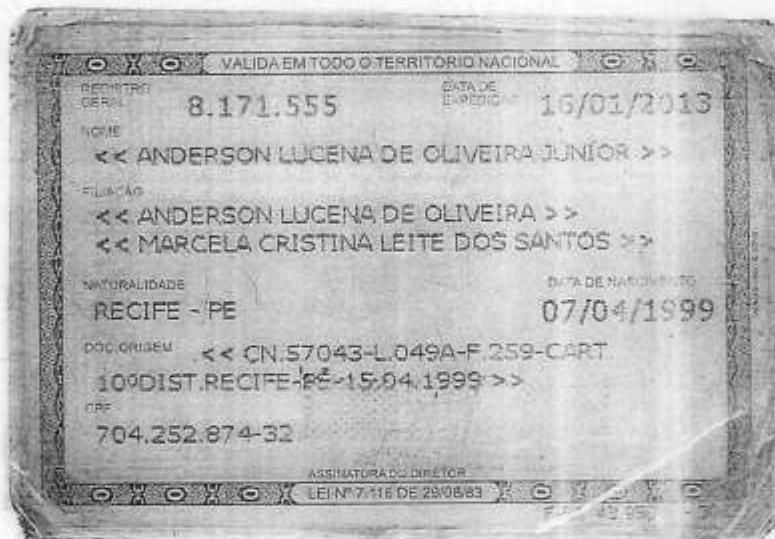




Número
082.032.354-33

Nome
RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

Nascimento
16/08/1988



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471923/19

Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 082.032.354-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

RAFAELA DO

NASCIMENTO SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA : 082.032.354-33

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: 27/12/2019
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: *Rafaela do Nascimento Silva*

Nacionalidade: *brasileira* Est. Civil: *solteira*

Profissão: *auxiliar de cozinha*

Identidade: *7.741.817* CPF: *082.032.354-33*

Endereço: *Rua dos Prazeres nº 227 Areias Recife - PE*

Cobertura: *invalidez* Data do Acidente: *10/08/2019*

PROCURADOR:

Nome: **ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR**

Nacionalidade: **BRASILEIRA** Est.Civil: **SOLTEIRO**

Profissão: **AUX. ADMINISTRATIVO**

Identidade: **8.171.555 SDS/PE** CPF: **704.252.874-32**

Endereço: **RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Local e data



Rafaela do Nascimento Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3424-1357
www.cartoriodeafogados.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de

RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

que confere a/ o padrão reg. nessa serventia. Dou fé.

Recife, 13 de dezembro de 2019 14:26:07.

Em testemunha

da verdade.

Sandra Mário Ribeiro de Oliveira (Esc. Adv.)

Fax: 34 329 1998 R\$ 0,00 Fone: 3424-1357 R\$ 0,00 ISS R\$ 0,00 Total R\$ 4,00

Selo N° 0077503.SKE1120190101903

Consulte autenticidade em: www.tjepe.jus.br/eidigital



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723616 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
FRATURA DO 5º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO CALCANHAR ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO CALCANHAR ESQUERDO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 7.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471923/19

Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 082.032.354-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

RAFAELA DO

NASCIMENTO SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA : 082.032.354-33

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: 27/12/2019
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA