

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: EDINA DALVA DA SILVA GALVAO
Nº Sinistro: 3180539664
Vítima: EDINA DALVA DA SILVA GALVAO
Data do Acidente: 20/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180539664**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NF do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: <i>Edina Dálva da Silva Galvão</i>		CPF: <i>038.755.154-98</i>	Nome completo da vítima: <i>Edina Dálva da Silva Galvão</i>	
Profissão: <i>De lar</i>	Endereço: <i>Rua Liban Menezes</i>	Número: <i>298</i>	Complemento: <i>A</i>	
Bairro: <i>Rentre</i>	Cidade: <i>Goiana</i>	Estado: <i>PE</i>	CEP: <i>55900-000</i>	
E-mail: <i>edinaerica.goiama@gmail.com</i>		TELEFONE: <i>(81) 3686-3771</i>		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

- ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 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 CPCÃO DE CONTA

CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção):

- Bradesco (237) Itaú (41)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0774**

CONTA: **32.521**

[Inserir o dígito de verificação]

[Inserir o dígito de verificação]

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

[Inserir o dígito de verificação]

[Inserir o dígito de verificação]

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Le. 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 oitavo 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(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiro(s): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: <i>Goiana - PE 14.11.18</i>	Name: <i>Edina Dálva da Silva Galvão</i>
CPF: <i>038.755.154-98</i>	

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Edina Dálva da Silva Galvão

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: **05.802.494/0001-41**

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
 Assinatura:

2º | Nome: _____
 CPF: **16 MMV 909**

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 RL C
 Assinatura: _____
 Boa Vista - CEP: 50.063-010

RECIFE-PE

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

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIANA
DATA: 07/11/2012 HORA: 00:22:59
TERMINAL: 07741491 CONTROLE: 077414910220

AGÊNCIA: 0774 - GOIANA
CONTA: 013.00032921-0
CLIENTE: EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO

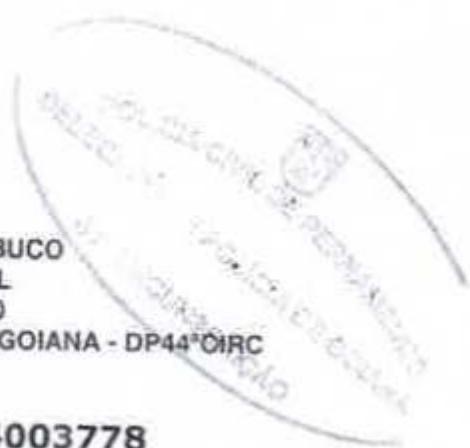
EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE		
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012		VALOR
DATA		
01/11		0,00

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2012

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44º CIRC
 DINTER1/11º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0134003778**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/11/2018** às **10:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **20/6/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, RUA VILA ZEZITA** - Bairro: **CENTRO** -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO BAR**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDILANDO DA SILVA MENDES (OUTRO)
EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ALICE FERNANDES DA SILVA** Pai: **ANTONIO INOCENCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **7/12/1958** Naturalidade: **COLATINA / ESPÍRITO SANTO / BRASIL** Documentos: **107318305/SSP/RJ (RG)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 281, RUA GILVAM MENEZES, NOVA GOIANA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A FEIRINHA**

EDILANDO DA SILVA MENDES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLUCE FRANCISCA DA SILVA MENDES** Pai: **ANTONIO SEVERINO MENDES** Data de Nascimento: **25/1/1984** Naturalidade: **ITAMBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7594108/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 198, RUA GILVAN MENEZES, NOVA GOIANA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A FEIRINHA**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

05.802.494/0001-41

**TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA**

16 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

01/11/2018 10:42

OBJETO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDILANDO DA SILVA MENDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILANDO DA SILVA MENDES**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC9698** (PERNAMBUCO/GOIANA) Renavam: **535018177** Chassi: **9C2KC1670DR02723**
 Descrição: **HONDA/CG 150 FAN ESI**

Complemento / Observação

AFIRMA O CONDUTOR QUE ESTAVA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA NO DIA AQUI MENCIONADO NAS IMEDIACOES DO COLEGIO IV CENTENARIO QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA VINHA EM DIRECAO CONTRARIA E PARA EVITAR O CHOQUE, TENTOU SE DESVENCILHAR/DESVIAR VINDO A CAIR AO CHAO, ESCLARECE QUE A PESSOA DE EDINA DALVA DA SILVA GALVAO ESTAVA NA GARUPA, A QUAL SOFREU LESOES E FOI ATENDIDA NO HOSPITAL BELARMINO CORREIA, CONFORME FICHA HOSPITALAR, APOS O ATENDIMENTO NO DIA SEGUINTE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA NA CIDADE DE JOAO PESSOA/PB, ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS A ACRESCENTAR, ENCERRO O PRESENTE REGISTRO DE OCORRENCIA.

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

+ *Edina Dalva da Silva Galvão*
EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO
 (VITIMA)
 - *Edilando da Silva Mendes*
EDILANDO DA SILVA MENDES
 (OUTRO)

2-0. registrado por: **STEFANO VILARIM DE MATTOS** - Matrícula: **221037-1**



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

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:

038.755.154-98*

Nome completo da vítima:

Edina Dalva da Silva Galvão

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Edina Dalva da Silva Galvão

Profissão:

De lar

Endereço:

Rua Libon Menezes

Bairro:

Rentro

Cidade:

Goiânia

Estado:

GO

CEP:

55900-000

DDD:

(61) 3626-3771

Email:

Cooperativa.Goiânia@gmail.com

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

REUSSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos físicos. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0774

CONTA:

32.521

AGÊNCIA:

0774

CONTA:

32.521

AGÊNCIA:

0774

CONTA:

32.521

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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 acima elencado, elicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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:

Estado 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 herdeiro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora pode pagar, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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.

Local e Data: Goiânia - PE 14.11.18
Nome: Edina Dalva da Silva Galvão
CPF: 038.755.154-98

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

Assinatura

DE SEGUROS LTDA

2º | Nome:

CPF:

16.111.714-9

Assinatura

RECIFE, PE

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

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

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

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORRÉIA

HBC

Registro: 500094 Data e Hora de Atendimento: 20/06/2018 21:18 Prontuário Local: Prontuário Integrado Local de Entrada:

500094-015728 Local de Entrada: Emergência Clínica Médica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:

50094 EDINA DALVA SILVA GALVÃO

Nascimento: 07/12/1958 Idade: 59

Estado Civil: Casado(a)

Documento de identidade:

Profissão: DO LAR

Filiação: ANTANIO FRANCISCO DA SILVA

ALICE FERNANDES DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc.): RUA GILVAN MENENE, S/N

Bairro: NOVA GOIANA

Acompanhante: A MESMA

Acidente: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Sexo: Feminino

Naturalidade: GOIANA-PE

Registro SUS:

2006295673600000

Cor: Parda

Nacionalidade: BR

Cidade: GOIANA

Complemento:

UF: PE Telefone: 081994110733

- Act. Moto (Queda, Colisão)

Acidente de Trabalho: Sim Não

Localização: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: Carro

ALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

negro, alergia

Quaisquer principais:

- Febre Vômito Dificuldade de respirar Tosse
 Taquicardia Convulsão Desmaio Tonturas Fraqueza Confusão
 Fadiga Distúrbios visuais Paraparesia e/ou Paralisia de partes do corpo
 Dor Local Urticaria de acidulite de tecido
 Queixa urinária edema e dor em ferimento
 Sangramento, Loco ED
 Outras queixas: _____

Encaminhamentos

- Clínica Geral
 Pediatria
 Cirurgião
 Ortopedista
 Serviço Social
 Maternidade
 Enfermagem
 Outros: _____

Classificação:


Vaga Clínica - Ambulatório
Belarmino Corrêa / 15728

Ass. Enfermagem

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos

- Hipertensão Diabetes Problemas cardíacos Asma Bronquite Alergias
 Tubercolose Convulsão Tabagismo Enfisema Alcoolismo AVC
 Outros: _____
 Uso de medicamentos: Metformina, insulina,

Sinais Vitais

P.A. 100 x 60 mmHg Tm 36 °C Pm 80 bpm F.R.m 05.802-494/0001-41

Diagnósticos auxiliares

Capilar 253 mg/dl

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 NOV 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. E

CEP 50.060-910

RECIFE PE

D

Ass. Enfermagem

Exame Físico: Peso: _____ kg

PE DIREITO

Hipótese diagnóstica / conduta

COMPLEXO PE/FRONTELO/FRONTEA 1

Local de Atendimento: GOIANA - 210

OPSI: ESTRANHO SEM DT

CID 10: _____

DR. Carlos J. Belarmino

Ortopedista / 15728

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: 28/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

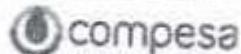
CLIENTE: EDINA DALVA DA SILVA GALVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000032521-0

Nr. da Autenticação A6118B4F4FDC372D



CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. N° 18.1.001.0014388-2
ATENDIMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - NUM. - S/N - CENTRO GOI
ANA PE 55900-000

DADOS DO CLIENTE
EDILANDO DA SILVA MENDES MATRÍCULA: 287378350 Out/2018
R. GILVAN HENZEZES, N. 0298A - CASA DE CERAMICA BRANCA - CENTRO
GOIÁS PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 082.475.350.0028 GRUPO: 8 DEB. AUTOMÁTICO: 287378350

ESTADO/AQUA LIGADO	ESTADO/ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL/INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO NÃO MÉDICO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AE) N MEDIIDO	

AQUA:
LEIT ANT: CONSUMO: 18
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018	10	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDEN.
05/2018	10	TURBIDEZ	44	45	45
07/2018	10	COR APARENTE	44	45	45
06/2018	18	CLORO RESIDUAL	44	45	44
05/2018	10	COLIF. TOTAIS	44	45	44
04/2018	18	E. COLI	44	45	45
MÉDIA:	18				

Qualidade de Água: www.compresa.com.br
OBS.: (1)COLEIFORMES TOTAIS: AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS: EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS: ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AQUA RESIDENCIAL, 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	18,10	41,30
MULTA P/INOPORTUALIDADE 09/2018		8,83

ITEMS	VALOR DE CAIXA	PERCENTUAL (%)	VALOR EM IMPORTE
% CONTA	41,30 41,30	1,65 7,68	6,66 =,14

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2018

Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



VENCIMENTO: 15/11/2018

compesa
ALIMENTADO PELO SISTEMA DE
VACUUMATION: DADO DE 01/01/

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação 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 reseguro.

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 613/98.

Pelo exposto, eu, Júlia Guilherme m. da Cunha inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324/65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edilma Dalia da Silva Galvão inscrito (a) no CPF sob o N° 038.755.154/78, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis, da Vítima Edilma Dalia da Silva Galvão, inscrito (a) no CPF sob o N° 038.755.154/78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

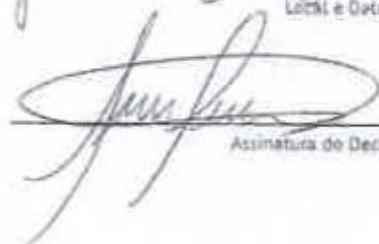
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 Duque de Caxias</u>	Número	<u>170</u>	Complemento	<u>10</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Goiânia</u>	Estado	<u>GO</u>
Email	<u>ansiksenia.goiânia@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDI)	<u>(61) 3626-3771</u>	Telefone celular (DDI)	<u>(61) 9.9808-6287</u>

Goiânia, 14 de Novembro de 2018
Local e Data



Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

16 NOV 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eduardo da Silva Mendes,
CNH nº 05984994558, data de expedição 27/01/14,
RG nº 05984994558, portador do CPF nº 080.419.214-69, com
Órgão Detran/PE, domicílio na cidade de Goiana, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Gilvan Meneses, nº 298,
complemento A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Edina Alves da Silva Galvão, cujo o condutor era
Eduardo da Silva Mendes.

Veículo: motocicleta
Modelo: honda cg 150 fan esf

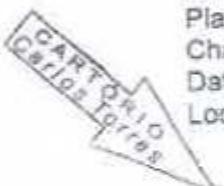
Ano: 2013

Placa: PGC 9698

Chassi: 9E2KE1670DR026723

Data do Acidente: 30.06.18

Local e Data: Goiana 01.11.18



Eduardo da Silva Mendes

Assinatura do Declarante

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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA

Rua Dr. Nogueira Soárez, nº 69, Goiana/PE - CNPJ 55.900.000

Tel: (81) 3230-3918 - E-mail: 1ºsnr@bol.com.br - Site: www.1snr.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: Eduardo da Silva Mendes,
do nº. Goiana/PE 01/11/2018 09:25:43 Emol.3,99; TMR:0,00;
PME:0,40; TOTAL: 4,79. CP.110, Selo digital nº
0073985.REF09711801.01635. Michaixa Mendes MÔNICA
DE L. B. C. TURRES 0800711801 Consulte autenticidade no
“www.tipe.jus.br/seledigital”



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORRÉIA

HBC

Registro: 315728 Data e Hora de Atendimento: 20/06/2018 21:18 Prontuário Local: Prontuário Integrado Local de Envio:

Emergência Clínica Médica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:

50094 EDINA DALVA SILVA GALVÃO

Nascimento: 07/12/1958 Idade: 59

Estado Civil: Casado(a)

Documento de Identidade:

Profissão: DO LAR

Filiação: ANTANIO FRANCISCO DA SILVA

ALICE FERNANDES DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc.): RUA GILVAN MENENE, S/N

Bairro: NOVA GOIANA

Acompanhante: A MESMA

Intenção: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Sexo: Feminino

Naturalidade: GOIANA-PE

Nacionalidade: BR

Registro SUS:

200629967300000

Cor: Parda

Complemento:

UF: PE

Telefone: 081994110733

Acidente de Trabalho: Sim Não

Localização: VIA PÚBLICA

VALUAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Meio de Transporte: Carto

Sintomas principais:

Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse ()

Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão

Fadiga () Distúrbios visuais () Paraparesia e/ou Paralisia de parte do corpo

Dor Local () Vítima de acidente de trânsito ()

Queixa urinária () edema e dor em tornozelo

Sangramento, Loco () NID ()

Outras queixas:

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos

Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias

Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () A.V.C

Outros: ()

Uso de medicamentos: Melfermina, insulina,

NOTIFICADO

EPIDEMIOLOGIA/HBC

Encaminhamentos:

Clínica Geral

Pediatra

Cirurgião

Ortopedista

Serviço Social

Maternidade

Enfermagem

Outros:

Classificação:

Vaga Odete Sampaio
Enfermeira-COREN 1157-5

Ass. Enfermagem

Sinais Vitais:

P.A. 100 x 60 mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

16/06/2018

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar C

Setor: FEP 50.060-010

RECIFERTE D

Exame Físico: Peso: _____ kg

PE DIFERIDO

EMANUELE TRINDADE

Hipótese diagnóstica / conduta:

CONV. PE/HOMOLOGO/PRANCHA 1

Local de Atendimento: GOREMUS - PIAU

DRS:

CID 10:

Dr. Carlos Henrique
Ortopedia / Traumatologia
- EGO

AGUANILLO (12x)

Continuação ...

TRAUMA BORA

Dr. Carlos Alberto Alves
Ortopedista / Traumatologista
CRM PE 6502 CRM 22641

82:10

TRAMAL 14mg + 100mg fiofran

Dr. Carlos Alberto Alves
Ortopedista / Traumatologista
CRM PE 6502 CRM 22641

h 21:40 hora feto imobilizado
José Silvado Gomes de Lima
Tec. de Enfermagem
MT: 254.030

Evolução Enfermagem

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	Hospital:

05.802.494/0001-41

Médico - CRM TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

cadastroamento: 20/06/2018 21:19:03 JOSENENE

Impressão: 20/06/2018 21:20:25 JOSENENE

Bua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Baixa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

IME Edina Dalva da silva Galvão				PRONTUÁRIO N°
IDADE 50 ANOS	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF. LEITO
DATA DE ADMISSÃO 21/06/2018		DATA DE ALTA 07/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA
AGNÓSTICO INICIAL Fratura do Maléolo Lateral e Medial do tornozelo				CID S82.5 + S82.6
AGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo				
OUTROS AGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral e medial				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input checked="" type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>				
ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral e medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações concernente ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente esta Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina e Profenid*

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. (DR. ALISON + DR ROBERTO 05.802.494/0001-41)

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/07/2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista CEP: 50.060-010

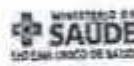
RECIFE-PE ASS. MÉDICO C.R.M

Philippe Belchior
Médico Residente
CRM 11146

07.07.2018

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



CARTÃO DE RETORNO

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PF

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20/06/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20/06/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Edina Dalva Silveira Galvão	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura trimaleolar do tornozelo direito	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico - osteosíntese do tornozelo com placa, parafusos e fios. em 07/07/18. - Não realizou fisioterapia por falta de via	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFÍCITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Caso positivo descrever:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, edema e atrofia muscular
2º no tornozelo esquerdo na direita.
3º Déficit de força e flexo-extensão do tornozelo com perda funcional de
4º 50% no tornozelo dir.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 06/07/18 A
13/11/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

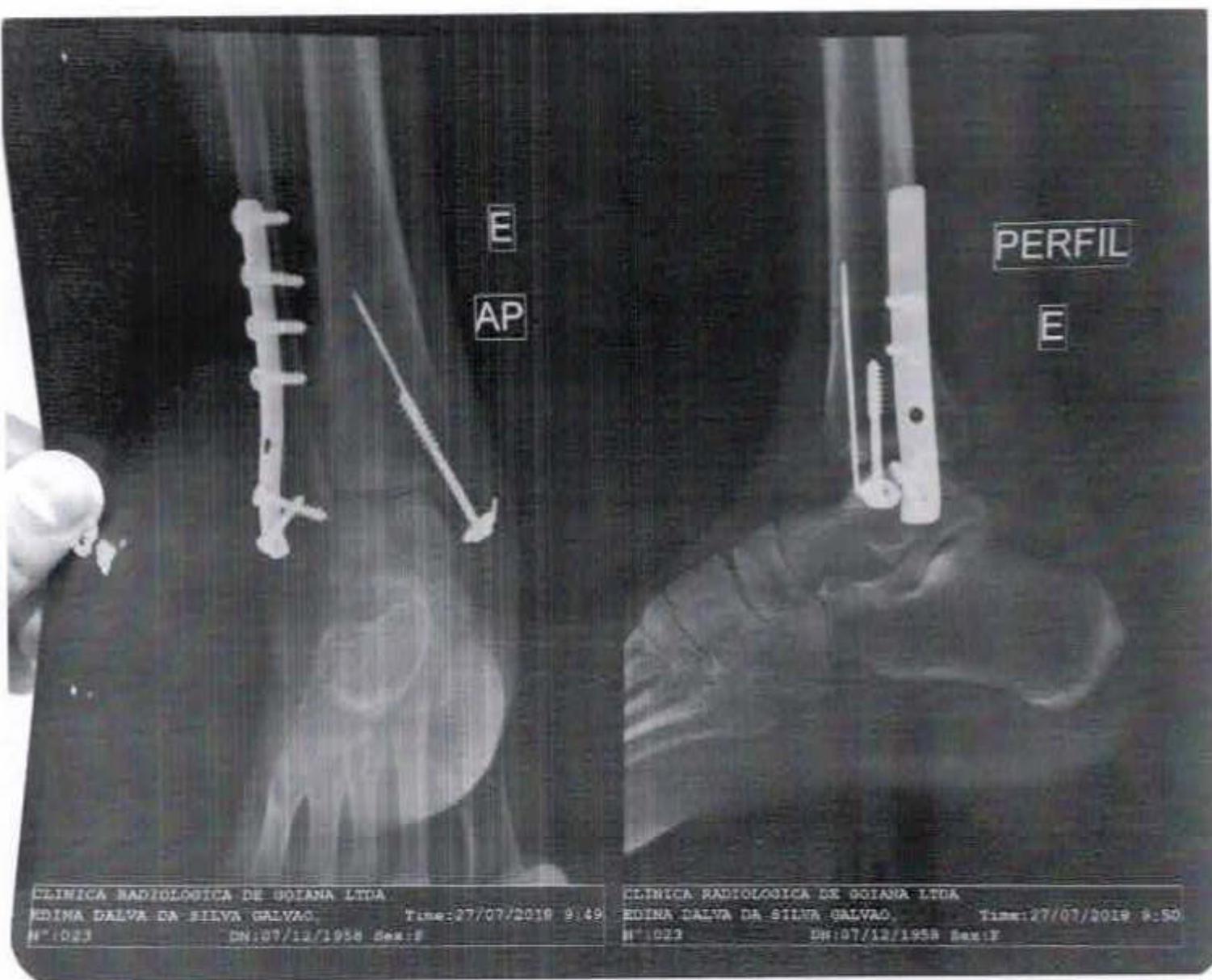
LOCAL Forano - PE	DATA 13/11/18	ASSINATURA E CARIMBO
----------------------	------------------	----------------------

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA



CLINICA RADIOLÓGICA DE GOIANA LTDA

EDINA DALVA DA SILVA SALVÃO

Nº1023

DN:07/12/1958 Série:

Time: 27/07/2019 9:49

CLINICA RADIOLÓGICA DE GOIANA LTDA

EDINA DALVA DA SILVA SALVÃO

Nº1023

DN:07/12/1958 Série:

Time: 27/07/2019 9:50

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16-NIN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Receituário

11/10/2018

Nome: Edilma nº. 83

RADIOGRAFIA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CRÂNIO | <input type="checkbox"/> COLUNA DORSAL AP/ |
| <input type="checkbox"/> SEIOS DA FACE | <input type="checkbox"/> COLUNA LOMBAR AP/ |
| <input type="checkbox"/> COLUNA CERVICAL AP/P | <input type="checkbox"/> BACIA |
| <input type="checkbox"/> TÓRAX PA | <input type="checkbox"/> QUADRIL AP/P |
| <input type="checkbox"/> OMBRO AP/P | <input type="checkbox"/> COXA AP/P |
| <input type="checkbox"/> BRAÇO AP/P | <input type="checkbox"/> JOELHO AP/P |
| <input type="checkbox"/> COTOVELO AP/P | <input type="checkbox"/> PERNAS AP/P |
| <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO AP/P | <input checked="" type="checkbox"/> TORNOZELO AP/F |
| <input type="checkbox"/> PUNHO AP/P | <input type="checkbox"/> PÉ AP/O |
| <input type="checkbox"/> MÃO AP/O | <input type="checkbox"/> CALCÂNEO P/AXIA |

Dr. Alisson P. T. Oliveira
Fisioterapeuta - Fisioterapeuta
CRM 25.300 - 25.300
Médico - CRM

Goiana, _____

Hospital Belarmino Correia - Praça Correia Picanço, 6/8 - Olinda/PE.
E-mail: hospbelarmino@ig.com.br Fone: (081)3626-3641

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETOA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
16 NOV 2013
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539664 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINA DALVA DA SILVA GALVAO **Data do acidente:** 20/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Adina Dalia da Silva Galvão
RG/CNH/CTPS: 10731830-5 CPF: 038.455.154.98
Profissão: De Lar
Estado Civil: Viúva
End: Rua Guinam Menezes, 298 A, Nova Olímpia

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Olímpia-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para
resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como
víma: Adina Dalia da Silva Galvão

Goiânia 01 de Novembro de 2018.

Adina Dalia da Silva Galvão
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIÂNIA
RUA DA MANOEL BORGES, Nº 33, CENTRO - GOIÂNIA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (87) 3222-0011 - www.servicodenotariado.com.br - CNPJ: 11.428.247/0001-48

Reconheço, Por Autenticidade a firma da: EDINI DALIA DA SILVA
GALVÃO, doc 16, Goiânia/PE 01/11/2018 09:34:48 Emis:3,59; TBR:0,00
FEDC:0,10; TOTAL: 4,79. CF:110 Selo digital nº:
0073385.ILP09201901.01669. Monica Galvão M. Galvão
DE: B. C. TÉRPEZ SUSTITUTA Consulte autenticidade em:
"site: pe.jus.br/selodigital"



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BE.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416136/18

Vítima: EDINA DALVA DA SILVA GALVAO

CPF: 038.755.154-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/06/2018

Titular do CPF: EDINA DALVA DA SILVA GALVAO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

EDINA DALVA DA SILVA GALVAO : 038.755.154-98

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: 16/11/2018
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Jose Soares da Silva Filho