

## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
PROFISSÃO: FORNEIRO  
RG: 392.845.489 SSP/SP e CPF: 109.015.114.47  
DATA DO ACIDENTE: 23/02/2020  
COBERTURA: INVALIDEZ  
VÍTIMA: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA  
ENDEREÇO: RUA JOSE ALVES S FILHO L J G, 00030, CENTRO -  
SEURUBIM - PE CEP:55750-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105  
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68  
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

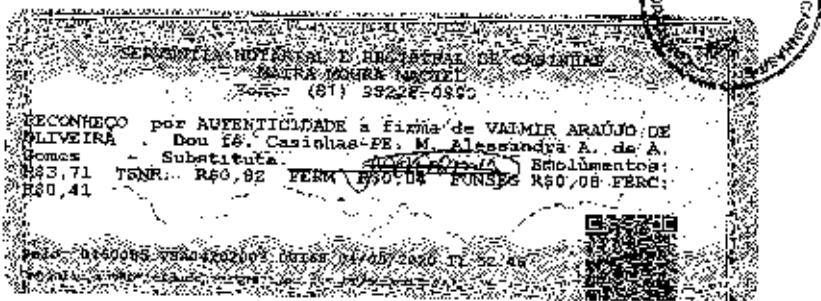
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR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

SURUBIM, 18 DE MARÇO DE 2020

 Valmir Gouveia Almeida

**ASSINATURA DO OUTORGANTE**

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147902/20

**Vítima:** VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

**CPF:** 109.015.114-47

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/02/2020

**Titular do CPF:** VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68**

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

**VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA : 109.015.114-47**

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](http://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: 26/05/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do síntero da ASL:

3 - CPF da vítima:

109.015.114-43

4 - Nome completo da vítima:

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

7 - Profissão:

FORNEIRO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ ALVES S. FILHO 216

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SURUBIM

9 - CPF:

109.015.114-43

10 - Número:

30

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1,000,00  
 R\$1,001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO.  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (aponto para os bancos abaixo. Anexe uma foto)

CONTA CORRENTE (todas os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: SANTA LÍDER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 4067

CONTA: 040.23385 5

(Informar o dígitos de validade)

(Inserir o dígitos de validade)

(Informar o dígitos de validade)

(Informar o dígitos de validade)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 8.194/74), 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 em meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica de Seguradora (tela para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículos automóveis) conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso dispare 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 teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivost:  Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velhinho)?

Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivost:  Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 200 do Código Penal.

34

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: SURUBIM, 19 DE MAIO DE 2020.

*Valmir Araujo de Oliveira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (cederante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SPRINGER



SPRINGER

OLÉ VÄLTTI

AG 4067 Cc 01023385-5

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200190156      **Cidade:** Surubim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 23/02/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/05/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA E DO COLO DO FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,2,4)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200190156      **Cidade:** Surubim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 23/02/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA E DO COLO DO FÉMUR DIREITO.

**Descrição do exame físico:** MARCHA CLAUDICANTE, HIPOTROFIA DO QUADRÍCEPS, REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO E DO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA FRATURA DIAFISÁRIA E PARAFUSOS DA FRATURA DO COLO DO FÉMUR SEM COMPLICAÇÕES ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/07/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRIATAS NO EXAME FÍSICO (SINERGISMO DAS LESÕES REPERCUTINDO NO MEMBRO COMO UM TODO)

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200190156**

**Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 23/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

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](http://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, 04 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200190156**

**Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 23/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Junho de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190156**      **Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 23/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =      R\$ 2.362,50

**Recebedor: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 033**

**Agência: 000004067**

**Conta: 000001023385-5**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200190156**

**Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 23/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190156**      **Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 23/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =      R\$ 4.725,00

**Recebedor: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 033**

**Agência: 000004067**

**Conta: 000001023385-5**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTA
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	109.015.114-43	VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA	

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

5 - Nome completo:	VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA		6 - CPF:	109.015.114-43
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
FORNEIRO	RUA JOSÉ ALVES S. FILHO 456	30	CASA	
11 - Bairro:	SURUBIM	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO		PE	55.750-000	
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 9.9665-0454			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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 de balanços abertos. Atualize a sua versão)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Endro os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1245 CONTA: 22739

(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Lider a efetuar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu, ou meu familiar, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor reembolsado.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/72), uma vez que:

- Não há IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 e na apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me sujeitar à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/72.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTA

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:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar se vive(s):  Sim  Não 30 - Vítima deixou neto(s):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmão(s):  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vive(s):  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos:  Sim  Não

Entendo que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT, por morte de quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando viva, única, ou que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogar)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogar)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
				39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
					Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM, 19 DE MAIO DE 2020.

*Valmir Araujo de Oliveira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ºCIRC**  
**DINTER1/16ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0206000873**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/05/2020** às **19:54**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **23/2/2020** às **11:30**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA FATAL**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 01, RUA SETE DE SETEMBRO** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE À ESCOLA OLIVEIROS**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**  
**GERNEIDE CANDIDO DE OLIVEIRA ( TESTEMUNHA )**  
**VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA ( VÍTIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: ( Usado na geração da ocorrência )**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA**

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

**VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA ARAUJO CANDIDO DA SILVA OLIVEIRA** Pai: **VANILDO ANTONIO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **15/3/1994**  
 Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **392845489/SSP/SP (RG), 10901511447 (CPF)**  
 Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **FORNEIRO (ALTO-FORNO)** Telefones Celulares: **- 81995758192**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 30, RUA JOSE ALVES S. FILHO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DA VAQUEJADA, PERTO DA ANTENA DA VIVO**

**GERNEIDE CANDIDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA FRANCISCA DO CARMO** Pai: **GENIMÁRIO CANDIDO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/3/1991** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **533534392/SSP/SP (RG), 09788828493 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**  
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 13, RUA DOM HELDER CÂMARA, SÃO JOSÉ - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHG0130** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **180657186** Chassi: **9G2NC4310AR041757**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

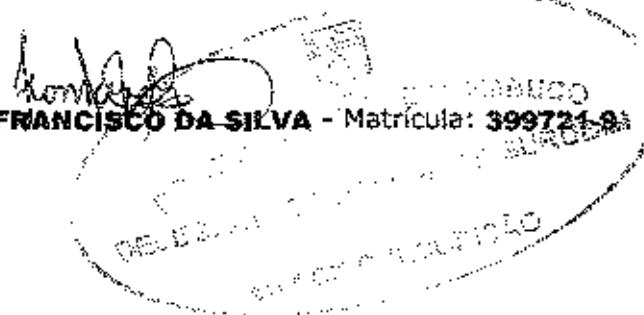
**NO DIA DE HOJE, 18/05/2020, COMPARCEU A ESTA DELEGACIA, A PESSOA DE VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA (VÍTIMA) ALEGANDO QUE NO DIA 23/02/2020, POR VOLTA DAS 23:30, ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SETE DE SETEMBRO, NAS PROXIMIDADES DA ESCOLA OLIVEIROS DE ANDRADE VASCONCELOS, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CB 300R, PLACA: KHG-0130, SENTIDO CENTRO DE SURUBIM; QUE QUANDO ESTAVA PASSANDO NO QUEBRA MOLAS, ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, SUBINDO NA CALÇADA, BATENDO NUMA BARRACA QUE VENDE VERDURA; QUE RECORDA QUE POR ESTÁ CHOVENDO E O ALFALTO MOLHADO, AO PASSAR PELO QUEBRA MOLAS O PNEU DA FRENT DERRAPOU, O QUE VEIO FAZER PERDER O CONTROLE; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE ESTAVA SOZINHO, TENDO LOGO EM SEGUIDA LIGADO PARA GERNEIDE CANDIDO DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA) QUE É NAMORADA DO MESMO; QUE POUCO TEMPO DEPOIS FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU, TENDO SIDO LEVADO ATÉ A UPA DE SURUBIM E, NO MESMO DIA, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NA CIDADE DO RECIFE; QUE DIANTE DO OCORRIDO, VEM REGISTRAR O COMPETENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

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

*Valmir Araújo de Oliveira*

**VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA**  
 (VÍTIMA)

B.O. registrado por: **IVANALDO FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **399721-9**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTA
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	109.015.114-43	VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA	

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

5 - Nome completo:	VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA		6 - CPF:	109.015.114-43
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
FORNEIRO	RUA JOSÉ ALVES S. FILHO 456	30	CASA	
11 - Bairro:	SURUBIM	12 - Cidade:	13 - Estado:	PE
14 - CEP:	55.750-000	15 - Tel. (DDD):	(81) 9.9665-0454	
16 - E-mail:				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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 de balanços abertos. Atualize a sua versão)  CONTA CORRENTE (Endro os bancos)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1245 CONTA: 22739

(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Lider a efetuar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu, ou meu beneficiário, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor reembolsado.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/72), uma vez que:

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 e na apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me sujeitar à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/72.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTA

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:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar se vive(s):  Vivos  Falecidos; 30 - Vítima deixou neto(s):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmão(s):  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vive(s):  Vivos  Falecidos; 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Entendo de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT, por morte de quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando oente, única, da que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogar)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogar)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
				39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
					Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM, 19 DE MAIO DE 2020.

*Valmir Araujo de Oliveira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EP6.001 V002/2010

GRANADA CANDIDATE DA 51131

جامعة عجمان

PAPERS IN LITERATURE

10N565021

G. H. HEDBERG

卷之三

THE JOURNAL OF CLIMATE

PARAMETROS		VALORES ANALISES	
10	CLORIDEZ	12,5	12,5
10	COR. APARENTE	6,5	6,5
10	CLORO RESIDUAL	4,5	4,5
10	PH	7,5	7,5
MEDIA		12,5	12,5
OBS.:	(1) OS FARMES SÃO FORMADOS POR: (2) OS PARAMETROS CORRESPONDENTES AO CLORIDEZ E COR. APARENTE SÃO INDICADORES DA QUALIDADE DA ÁGUA; (3) OS PARAMETROS CLORO RESIDUAL E PH SÃO INDICADORES DA QUALIDADE DO SÓLIDO ASSOCIADO AO FARMACEUTICO DE AGUA;		
DESCRICAO-DO-ITEM			TOTAL R\$ 00,00
ÁGUA			
RESIDUAL			
			44,00
MULTA P/ IMPORTE DE R\$ 00,00			0,00



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, ação, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA ..., inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.015.114 / 47, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA ..., inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.015.114 / 47, 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 <b>RUA JOÃO BATISTA</b>	Estado <b>PE</b>	Número <b>370</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>SURUBIM</b>	CEP <b>55.750-000</b>	
Email _____	Telefone comercial (DDU) <b>(81)9.9665-0454</b>	Telefone celular (DDU) <b>(81)9.8133-5022</b>	

SURUBIM, 19 de MAIO de 2020.

Loca. e Data



Assinatura do Declarante

**UPA 24h**

USO/MAIS DE PRODUTO ATIVADO/DESATIVADO  
Dr. Gentil Augusto de Oliveira



**• DECOUARAGÃO •**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. Manoel Antônio de Oliveira, nascido no 18/03/1991, filho de Sra. Josefa Araújo Cardoso da Silva Oliveira e do Sr. Marilda Antônio da Oliveira. Residente na Rua José Alves S. Pinto, nº 140 - Belo Horizonte, Minas Gerais. Solicita no dia 18/03/2020 saída do seu prédio de residência devido a má condicione.

Além daa nesse Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Oliveira no dia 18/03/2020 pelo motivo planejado em Conta Maravilhas (CRM: CRM-PE 22241).

Assinado: DR. GENTIL AUGUSTO DE OLIVEIRA

**UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA**  
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro  
Surubim - PE  
CNPJ: 08.937.139/0001-78

*Manoel Antônio de Oliveira*  
Manoel Antônio de Oliveira  
CRM-PE 22241

## MOLINETE DE EMERGÊNCIA

CPF/CNPJ: 34916 CNPJ: 704107134000475 N° OCORRÊNCIA: 00113436  
 Idade: 25 Anos 11 Meses 8 Dias Sexo: MASCULINO  
 Nome: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA Nascimento: 15/03/1994 Endereço: SOUTO PÉROLA (A)  
 Nasc.: JOSE ALVES S FILHO N°: 30 CEP: 55750000  
 Bairro: COQUEIRO Doc. nº: 109.015.114-47  
 Av: SURUBIM Nac.: BRASILEIRA  
 Rua: JOSEFA ARAUJO CANDIDO DA SILVA OLIVEIRA Pai: VANILDO ANTONIO DE OLIVEIRA  
 Bairro: FORNEIRO Responsável: Tel.: 81 99442517

## 3. FATO OU VÊNCIAS:

2. Hora: N° Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

25/02/2020 01:43 113436 ACIDENTE  
 10/03/2019 14:07 88408 TRIAGEM  
 21/03/2019 13:50 60333 TRIAGEM

4. URGÊNCIA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
130 x 100	100	Saltos 553/AA	HGT: 600	

## 5. DADOS DIAGNÓSTICO:

Glauco de olho esq. 40/40  
 Doença de vista nítida, nítida  
 sem dor, 100% de visão  
 Pode ser causa de agressão visual  
 Pode ser causa de dor de visão  
 - 100% de visão, sem dor de visão  
 sem dor, 100% de visão  
 Pode ser causa de dor de visão

## TRATAMENTO:

- Glauco 2g - 400 mg 1a, 1a  
 - Glauco 2g 1a, 1a

## 6. DADOS COMPLEMENTARES:

1. 100% de visão (Peso P).

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Glauco 2g 1a, 1a  
 - Glauco 2g 1a, 1a  
 - Glauco 2g 1a, 1a

CID:

## 7. DADOS TÉCNICOS:

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	INTERNADO: <input type="checkbox"/>	CURATIVO: <input type="checkbox"/>	BÁSICO: <input type="checkbox"/>	ESP: <input type="checkbox"/>	TÉCNICO / COREN: <input type="checkbox"/>
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	INTERNADO: <input type="checkbox"/>	NEBULIZAÇÃO: <input type="checkbox"/>	RETRARDA DE PONTO: <input type="checkbox"/>		

## 8. ATENDIMENTO:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:	MÉDICO / CRM:
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA
	HORÁRIO:

## 9. HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

01/03/2020 00:00:00 01/03/07

RECEPCIONISTA: MARIA LUCINALDA PEREIRA DO NASCIMENTO



UNIDADE DE PRIMÓRTIO ATENDIMENTO  
Drº Geraldo Augusto de Miranda

CEP 13230-000  
Prefeitura Municipal do Sorocaba  
Secretaria de Saúde do Sorocaba

LANÇO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:	2º Via Hospital de São Lourenço/2º Via Hospital São Lourenço			
Nome do Paciente:	Município:			
Quadro Clínico:	Data de Nascimento: 12/03/1957			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM: 23.041	DATA:		
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe de Plantão	CRM: 20036	DATA:		
1º REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Horas Saida	
	Motivo (Registro Detalhado)			
	Assinatura de (a) médico (a):	CRM:		
2º REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Horas Saida	
	Motivo (Registro Detalhado)			
	Assinatura de (a) médico (a):	CRM:		
Assinatura do Responsável				
Assinatura e certidão de Técnico de Enfermagem		COREN:		
Assinatura do Motorista		Placa do Ambulância:		

5

## HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

2009X31332500\*

## RESUMO DE ALTA

www.17173.com

1000

2006

DOI 10.1177/097384220703200202

ANSWERING YOUR QUESTIONS ABOUT THE 2010 GEOPOLITICAL OUTLOOK

10. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 10)

1. *Leucosia* (Leucosia) *leucosia* (L.) (Fig. 1)

卷之三

## ANSWER

## MEDICAL RESPONSES

TECHNICAL NOTES

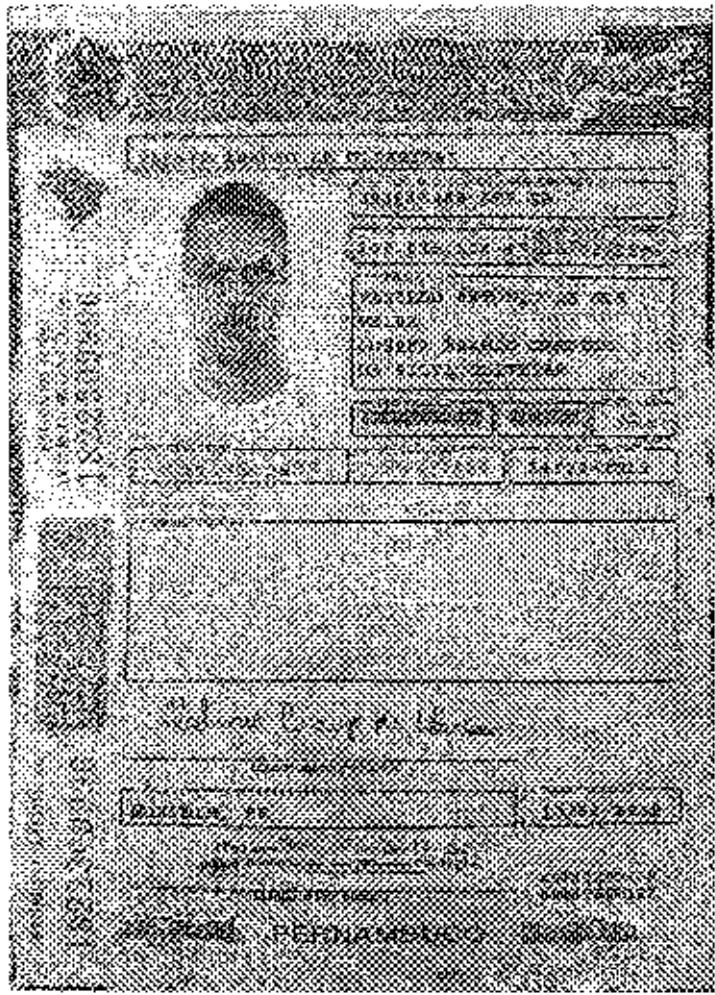
卷之三

478 *AMERICAN*

卷之三

100

卷之三



Scanned with CamScanner



## DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 11255-0 DIR. DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

12:19:05

### Controle de Veículos - Relatório Geral Do Veículo

Placa: KHG0130 UF: PE

Renavam: 180657186

Chassi: 9C2NC4310AR041757

Número do Motor: NC43E1A041757

Proprietário: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Município: SURUBIM

Marca/Modelo: HONDA/CB 300R

Fabricação/Ano: 2009 / 2010

Cor: VERMELHA

### Restrições Gerais:

Registro do contrato de Financiamento: Data:

Restrição 1:

Restrição 2:

Restrição 3:

Restrição 4:

Observação restrição:

### Débitos:

IPVA: Sim Valor: 169,95

Licenciamento: Sim Valor: 132,69

Multas IPVA: Não Valor:

Multas: Não Valor:

DPVAT: Sim Valor: 12,30

Autuações em Tramitação: Não Valor:

### Gravame:

### Último CRLV Emitido:

Exercício: 2018

Emissão: 13/07/2018 CIR. SURUBIM Entrega: 13/07/2018

Destino: ON-LINE Retirante: VALM

Devolução: Motivo:

AR de Postagem:

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147902/20

**Vítima:** VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

CPF: 109.015.114-47

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/02/2020

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68**

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

**VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA : 109.015.114-47**

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](http://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: 26/05/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dívidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2569 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32.001.901.56

Data da solicitação: 22/06/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: VALMIER ARAUJO DE OLIVEIRA

CPF do beneficiário: 109.015.114-24

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

ddd

ddd

ddd

E-mail: valmieraraudo@bol.com.br

## INFORME A COBERTURA DO SEU PÉDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PÉDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(s) documentos estão sendo entregues:

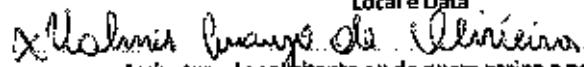
- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: DOC. IMAGEM. + LAUDO MÉDICO  
(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DÉSEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que seja reanalizado meu processo. Pois sofri fratura em minha perna, tive cirurgia, todo tratamento médico, coloquei placa e parafuso, e mesmo assim me encontro com sequelas. Não fui submetido a perícia médica para avaliar as minhas sequelas e foi liberado um valor muito inferior ao que tenho direito.

Surviam 22/06/2020

Local e Data



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

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todas as dados, imprima o formulário, assine e entregue na mesma ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/ultimo não alfabetizado:

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