

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04067

CONTA: 000001023385-5

Nr. da Autenticação 5C1A574036AEBE5F

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: 09/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04067

CONTA: 000001023385-5

Nr. da Autenticação 6C83A83C53FB19A4

卷

20

DE 546

16400

10N55502

2000

Introduction

图 10-1-1

2000

100

ANÁLISIS		NÚMERO DE ANÁLISIS	
10	PALMITATO	60	61
10	TURBIDEZ	60	61
10	COP APARELHO	60	61
10	CÍDRO RESIDUAL	60	61
10	SÓLIDOS TOTAIS	60	61

[illegible]

DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESISTÊNCIA		
CONSUMO		44,08
MULTA P/INADIMPLÊNCIA		0,82

CELPE

Companhia Saneamento de Pernambuco
Av. Augusto de Sá, 111, Boa Vista, 54060-970, PE
CEP: 54060-970
CNPJ: 06.915.982/0001-06 | Imita: 501 002940-03 | www.celpe.com.br

DONATARIO: CELPE

CONTRATO DE LICITACAO Nº 001/2020

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOAO BATISTA JUI

CPF: 046.234.444-04

CENTRO SUELI RIM

CLASSIFICACAO

SURLODIME

E: RESIDENCIAL

56750-000

RESIDENCIAL

Verificado

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

03/12/2020

TOTAL DA FATURA

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Água (Wh) TUSO	10,000000	0,4266760	4,27
Consumo Água (Wh) TE	39,000000	0,5675825	22,16
Atividade Barreira AKAREIA			1,48
Contro. Junt. Pórtico Múltiplos			3,48
IMB Suaviz. de CDF NF 02/12/2020-07/12/20			8,70

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Água (Wh) TUSO	10,000000	0,4266760	4,27
Consumo Água (Wh) TE	39,000000	0,5675825	22,16
Atividade Barreira AKAREIA			1,48
Contro. Junt. Pórtico Múltiplos			3,48
IMB Suaviz. de CDF NF 02/12/2020-07/12/20			8,70

ADICIONAIS: 1.357,3375 BNTA FOCAL: 1.357,3375 BNTA FOCAL

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Água (Wh) TUSO	10,000000	0,4266760	4,27
Consumo Água (Wh) TE	39,000000	0,5675825	22,16
Atividade Barreira AKAREIA			1,48
Contro. Junt. Pórtico Múltiplos			3,48
IMB Suaviz. de CDF NF 02/12/2020-07/12/20			8,70

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Água (Wh) TUSO	10,000000	0,4266760	4,27
Consumo Água (Wh) TE	39,000000	0,5675825	22,16
Atividade Barreira AKAREIA			1,48
Contro. Junt. Pórtico Múltiplos			3,48
IMB Suaviz. de CDF NF 02/12/2020-07/12/20			8,70

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Água (Wh) TUSO	10,000000	0,4266760	4,27
Consumo Água (Wh) TE	39,000000	0,5675825	22,16
Atividade Barreira AKAREIA			1,48
Contro. Junt. Pórtico Múltiplos			3,48
IMB Suaviz. de CDF NF 02/12/2020-07/12/20			8,70

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exceto 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 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 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 JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.750-000</u>
E-mail _____		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.8133-5022</u>

SURUBIM, 19 de MAIO de 2020.

Local e Data

Eduardo José de A. Fernandes

Assinatura do Declarante



- DECLARAÇÃO -

Declaro para as devidas fins e certos legais, que o Sr. Vitorin Araújo da Oliveira, nascido em 18/03/1991, filho de Srs. Josefa Araújo Cândido de Silva Oliveira e do Sr. Manoel Antonio da Oliveira. Residente na Rua José Alves S. Silva, nº 30 - Bairro Ungeleto, nesta Cidade. Solicitou no dia 18/02/2020 carta da sua propriedade de atendimento devido a doença autismo.

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 23/02/2020 pelo médico plantonista Dr. Leito Martins CRM PE 22541.

Assinatura: 23 de março de 2020

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


Leito Martins de Andrade Silva
CRM PE 22541

ALBUSSIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

PAZ DE BENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

COLÉTIEMERGENCIA

Cor/RAÇA: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00113438

Endereço: 34918

CNS: 704107134080475

Idade: 25 Anos 11 Meses 8 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Nascimento: 15/03/1994

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

Nome: JOSE ALVES S FILHO

Nº: 30

Bairro: COQUEIRO

CEP: 55750000

Nome: SURUBIM

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 109.015.114-47

Nome: JOSEFA ARAUJO CANDIDO DA SILVA OLIVEIRA

Pai: VANILDO ANTONIO DE OLIVEIRA

Endereço: FORNEIRO

Responsável:

Tel.: 81 99442517

Histórico de Ocorrências:			
Data		Hora	Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
20/07/2020		01:43	113438 ACIDENTE
16/09/2019		14:07	88408 TRIAGEM
21/03/2019		13:50	60333 TRIAGEM

CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGENCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

Exatidão	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
	100 x 70	100	54 = 98 x AA.	160	HGT = 160

DIAGNÓSTICO:
Choque de medula cervical
Do pescoço até a cintura, dor
na coluna cervical C5-C6-C7
Piora com movimentos bruscos
na cabeça e no pescoço
na flexão (sim) e na extensão
do pescoço. Dor no braço
e mão direita e

TRATAMENTO:
Painel 2g - AD 2x 22.00
- Repouso em cama
- Orientação para não dirigir
- Solicito transporte para casa
Nº transporte 00113438
Ouvir de Paulo = 7833 724
- Drogas para dor 00113438

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
- Lactopexia + 100ml 347,90
Soma total 100,00

CID:
S10.01

INDICAÇÃO DA CONSULTA:

EMERGENCIA ☐ INTERMEDIÁRIO ☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESPECIALIZADO ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO ☐

DEFINIÇÃO DA CONSULTA:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA ☐

RECEPCIONISTA: MARIA LUCINALDA PEREIRA DO NASCIMENTO



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Dr. Geníl Augusto de Menezes

LEITO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local: UPA		2º Via Hospital de destino/2º Via Hospital Local	
Município: Surubim			
Nome do Paciente: Leandro Augusto de Oliveira		Data de Nascimento: 15/03/1984	
Quadro Clínico: Doença de crônicidade, com quadro clínico de dor abdominal, náusea, vômito, febre, e alteração de estado de consciência. Paciente encaminhado para tratamento em UPA. Paciente encaminhado para tratamento em UPA. Paciente encaminhado para tratamento em UPA.			
Assinatura de (a) Médico (a) Assistente		CRM: 23341	DATA: 13/02/2023
Leandro Augusto de Oliveira			Local de emissão: CRAM 2501
Assinatura de (a) Enfermeiro (a) Cabeça de Plantão		COREN:	DATA:
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado):		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado):		
Assinatura de (a) médico (a):		CRM:	
Assinatura de (a) médico (a):		CRM:	
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:	
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:	

SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Rua dos Coqueiros, Guimarães S/N - Jd. Teófilo - Recife - PE PARX 31828500

RESUMO DE ALTA

Paciente: WILSON LUIZ DE OLIVEIRA

Idade: 42 Anos

Leito: 22

Admissão: 08/03/2020

Data de saída: 09/03/2020

Local de origem: Recife

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR - TRAUMATISMO DE FÊMUR

Procedimento:

Ortopedia

Intervenção: Fixação com placa e parafusos

Paciente admitido em 08/03/2020, com diagnóstico de FRATURA DE FÊMUR - TRAUMATISMO DE FÊMUR. Foi submetido a cirurgia de fixação com placa e parafusos. Pós-operatório com medicação analgésica e hemodinamicamente estável. Evolução satisfatória. Após visita médica com MRZ NAT, foi encaminhado para o ambulatório de acompanhamento com 30 dias de seguimento.

Alta médica: 09/03/2020 com 30 dias

Observações: Evitar carga no membro cirúrgico

MEDICO RESPONSÁVEL: CRM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

NSI - NACIONAL - PRESTADOR MÉRITO DE EMPREENDEDOR SOCIAL
CNPJ 07.040.888/0001-90 - RUA JOSE DE FREITAS, 100 - JARDIM

ATESTADO MEDICO

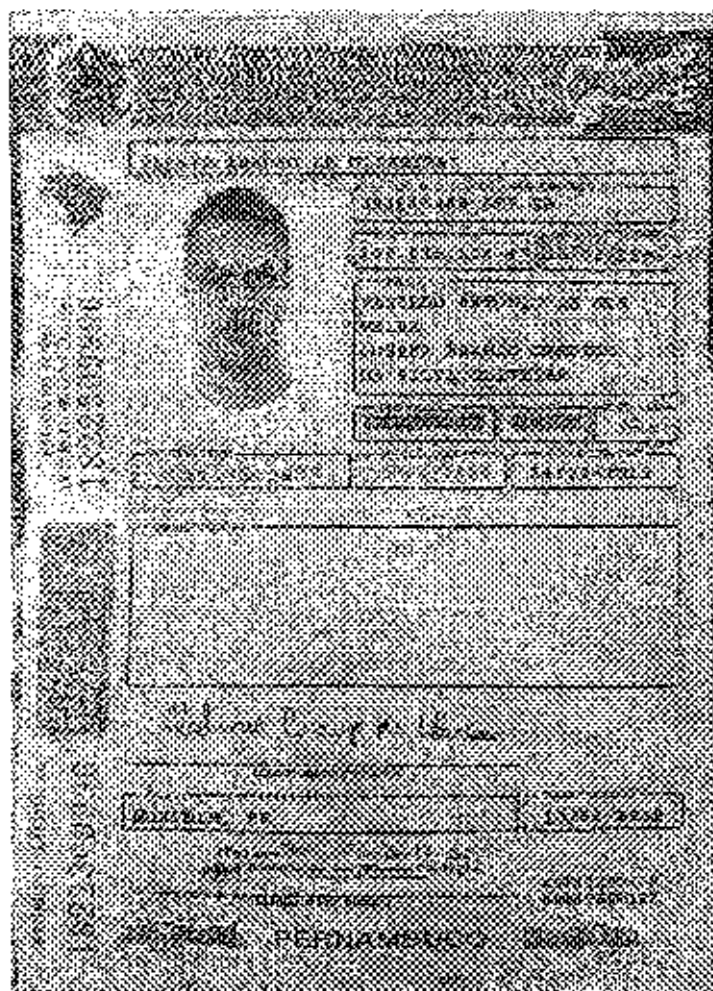
ATESTO que o(a) paciente VALTER ROSSIO DE OLIVEIRA portador
da Carteira Politécnica nº Série
necessita de (30) dias de afastamento do trabalho a partir da
data por motivo de doença.

Diagnóstico: Tratamento: Data da consulta:

5/5/2020

Medina - CRM

NOTA: PARA A VALIDADE DO ATESTADO, O PACIENTE PRECISA ASSINAR NO ART. 5º DO
FORMULÁRIO, ASSINADO POR UM DOS MÉDICOS DE LÍQUIDAÇÃO, SERÁ EXEMPLO
DE ATESTADO POR UM DOS MÉDICOS DE LÍQUIDAÇÃO, ASSINADO POR UM DOS MÉDICOS DE LÍQUIDAÇÃO.



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: KRG0130

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

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 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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-1204 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800-022-8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-1206

Canal de Denúncia: 0800-591-2563 | Ouvidoria: 0800-021-9135

Número do pedido DPVAT: 3200190156 Data da solicitação: 22/06/2020
DD/MM/AA
Nome do beneficiário: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA CPF do beneficiário: 109015114-2
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

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

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

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

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

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, 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.

SUPRIM 22/06/2020

Local e Data

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/última não alfabetizado:

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

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

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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASI:

3 - CPF da vítima:

109.045.114-47

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

6 - CPF:

109.045.114-47

7 - Profissão:

FORNEIRO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ ALVES S. FILHO L J 6

9 - Número:

30

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

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 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:



RECLUSO 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 POUÇANÇA (Somente para de bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1245

CONTA: 22739

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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, titular do direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor resarcido.

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, 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 discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se eu de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros (vivos ou não)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, em condição, estando vivos, única, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a,roga)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a,roga)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a,roga)

38 - 39 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 29 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Valmir Araujo de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 - DP116ªCIRC
DINTER1/16ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0206000873**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

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: **VANIILDO ANTONIO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **15/3/1994** Naturalidade: **SÃO PAULO / SÃO 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** - Bairros: **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 (VEÍCULO) 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: **9C2NC4310AR041757**

Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

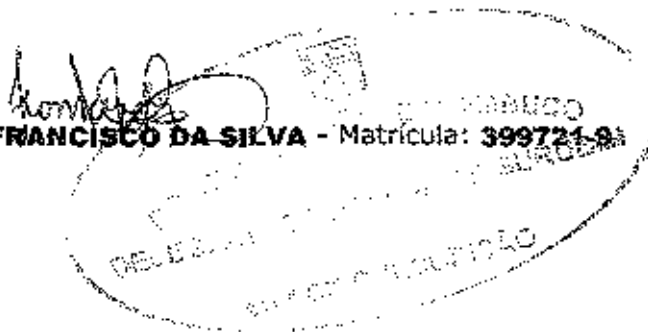
Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE, 18/05/2020, COMPARECEU 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 FRENTE 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:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

109.045.114-47

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

6 - CPF:

109.045.114-47

7 - Profissão:

FORNEIRO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ ALVES S. FILHO L J 6

9 - Número:

30

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

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 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:



RECLUSO 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 POUPOANÇA (Somente para de bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1245

CONTA: 22739

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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, titular do direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor resarcido.

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, 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 discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se eu de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou netos (vivos)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, em condição, estando vivos, única, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

24

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a.rog.)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a.rog.)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a.rog.)

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 (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 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 sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

109.015.114-47

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

6 - CPF:

109.015.114-47

7 - Profissão:

FORNEIRO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ ALVES S. FILHO L J 6

9 - Número:

30

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

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 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Somente na banca)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

0

AGÊNCIA:

4067

CONTA:

04023385

5

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.

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 5.094/74), 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 apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.094/74.

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 MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado Judicialmente



Víduo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (s)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da vítima/beneficiário (cedente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1606 0000

01023385-5



Santander



Olá, Valmir

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA E DO COLO DO FÊMUR 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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 FÊMUR 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, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA FRATURA DIAFISÁRIA E PARAFUSOS DA FRATURA DO COLO DO FÊMUR
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 DESCRITAS 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

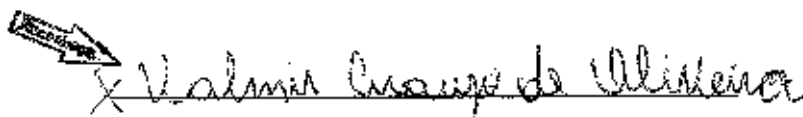
NOME: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: FORNEIRO
RG: 392.845.489 SSP/SP e CPF: 109.015.114.47
DATA DO ACIDENTE: 23/02/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA JOSE ALVES S FILHO L J G, 00030, CENTRO - SEURUBIM - PE CEP:55750-000

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 CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM, 18 DE MARÇO DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DE NOTAS E
REGISTRO DE CASINHAS
MAIRA MOURA MACHIEL
OFICIALA / TABELIA INTERINA
RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA,
30. DIOGO, CASINHAS/PE

