
Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280562

Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

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, contados 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.860.044-57 4 - Nome completo da vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

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

5 - Nome completo: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA 6 - CPF: 019.860.044-57
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CHÃ DO CORVO 9 - Número: 42 10 - Complemento:
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 15119.9665-0454

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: ☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.501,00 A R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ 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 os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NUBANK
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 71964709 4

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/concussão do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a ativação ou 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 5.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 marido (ou esposa)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, caso contrário, 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 289 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): 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, 02 DE JUNHO DE 2020.
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
DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - LIMOEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0047001090**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/05/2020** às **10:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/4/2020** às **11:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL**

Fato ocorrido no endereço: **SURUBIM, 01, NAS PROXIMIDADES DO CLUBE AABB - Bairro: -**

SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55750-000

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHERLAN VEREADOR (AUTOR / AGENTE)
MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (TESTEMUNHA)
GENIVAL LUIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENIVAL LUIS DA SILVA

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

GENIVAL LUIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: JOSE LUIS DA SILVA Data de Nascimento: 8/10/1963 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2240466/SSP/PE (RG), 68718810420 (CPF), 1487230370 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: 81599354963

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 35, RUA PATRICIA ARRUDA DA SILVA - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA SANTANA DA CONCEICAO Pai: AMARO FRANCISCO D LIMA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2930589/SSP/PE (RG) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SURUBIM, 42, SÍTIO CHA DO CORVO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

MICHERLAN VEREADOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVAL LUIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL LUIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW1663** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **113706083** Chassi: **9C2JC7000HR513228**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

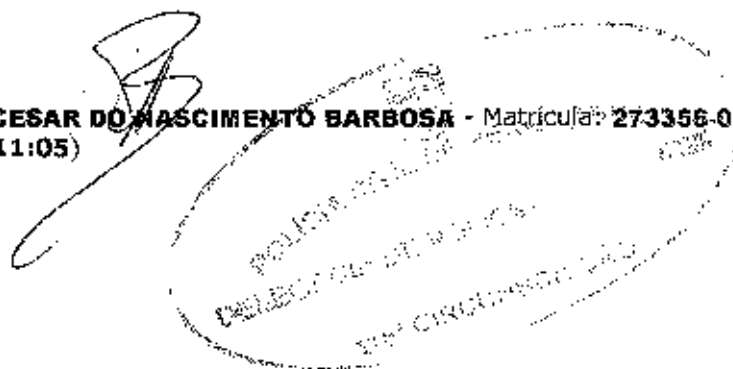
NO DIA DE HOJE, 17/05/2020, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR GENIVAL LUIS DA SILVA (VITIMA) ALEGANDO QUE NO DIA 23/04/2020, POR VOLTA DAS 11:00 HORAS, ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO HONDA BIS/110, PLACA: PCW-1683; QUE NA GAROFA DA MOTO ESTAVA O SENHOR MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (TESTEMUNHA); QUE QUANDO ESTAVA TRAFEGANDO NAS PROXIMIDADES DO CLUBE AABR, NA PE/90, A PESSOA CONHECIDA COMO MICHERLAN VEREADOR, SAIU REPENTINAMENTE DIRIGINDO UM VEICULO, ATRAVESSANDO NA FRENTE DA MOTO DA VITIMA; QUE MESMO FREANDO E TENTANDO DESVIAR DO CARRO, NAO DEU TEMPO, VINDO A COLIDIR COM O MESMO; QUE DEVIDO AO ACIDENTE GENIVAL E MANOEL FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL SAO LUIZ DE SURUBIM E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO, QUANDO FOI COSNTATADO QUE GENIVAL QUEBROU A TIRIA DA PERNA DIREITA, TENDO MANOEL QUEBRADO O PÉ DIREITO; QUE DIANTE DO OCORRIDO, VEM ATÉ ESTA DELEGACIA REGISTRAR O COPETENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Jean V Boudin

**GENIVAL LUIS DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **UBIRACY CESAR DO NASCIMENTO BARBOSA** - Matrícula: **273356-0**
(Liberado em **17/05/2020 às 11:05**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.860.044-57 4 - Nome completo da vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

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

5 - Nome completo: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA 6 - CPF: 019.860.044-57
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CHÃ DO CORVO 9 - Número: 42 10 - Complemento:
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 15119.9665-0454

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:

☒ R\$ 0,00 INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ 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 os bancos citados. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 71964709 4 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/concussão do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a ativação ou 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 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 marido (ou esposa)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) pessoa(s) ou se apresentarem o comprovarem esta condição, caso contrário, 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 289 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):
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

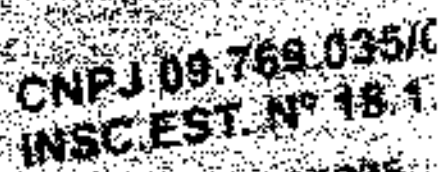
TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, SURUBIM, 02 DE JUNHO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



composto

ATENDIMENTO - RUA MARIO ESTANISLAU - N.º 111
FIAO - SORUBIM - PE 55750-000

63085

DADOS DO CLIENTE
 MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
 RUA ENG DO LUTO, N. 3004

NATRICOLA

CENTRO SDRUBIN PE SS.

[illegible]

AGUA: 371
LEIT ANT: 371
LEIT ATU: 371
LEIT FAT: 371

PARAMETROS	NUMERO
EXIG. PORT.	MS 2.934/13
TURBIDEZ	60
COR APARENTE	60
COLOR RESIDUAL	60
EQUIF. TOTALIS	60
E. OLI	60

1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE AGUA DO RIO
2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO AR
3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SOLO
4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CLIMA
5. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO
6. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO
7. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIDA
8. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TRABALHO
9. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO LUGAR
10. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TEMPO
11. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO DINHEIRO
12. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PODER
13. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SABER
14. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SENTIR
15. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
16. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
17. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
18. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
19. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
20. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
21. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
22. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
23. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
24. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
25. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
26. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
27. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
28. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
29. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
30. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
31. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
32. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
33. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
34. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
35. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
36. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
37. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
38. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
39. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
40. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
41. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
42. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
43. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
44. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
45. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
46. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
47. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
48. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
49. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
50. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
51. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
52. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
53. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
54. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
55. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
56. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
57. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
58. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
59. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
60. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
61. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
62. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
63. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
64. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
65. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
66. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
67. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
68. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
69. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
70. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
71. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
72. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
73. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
74. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
75. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
76. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
77. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
78. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
79. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
80. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
81. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
82. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
83. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
84. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
85. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
86. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
87. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
88. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
89. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
90. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
91. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
92. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
93. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
94. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
95. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
96. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER
97. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO TER
98. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO Haver
99. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SER
100. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO FAZER

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

APPENDIX A

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 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 sanções administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Peço exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.860.044 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.860.044 / 57 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

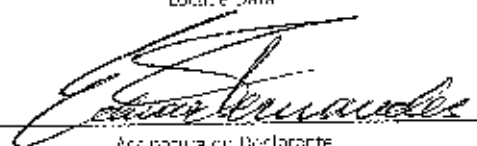
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA MANOEL ALVES DE MOURA</u>		Número <u>64</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.750-000</u>
Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.9665-0454</u>		Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.8133-5022</u>	

SURUBIM, 02 de JUNHO de 2020.

Local e Data


Assinatura do Declarante

Handwritten text, likely a letter or document, written in cursive script. The text is heavily obscured by a dense, dark, grainy texture, possibly a scanning artifact or a very poor quality reproduction. The handwriting is illegible due to this noise.



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº Centro, Surubim - PE

Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461

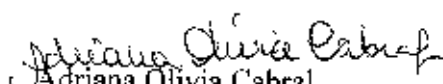
CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA, deu entrada neste serviço no dia 23/04/2020, após acidente, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Regional de Limoeiro, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 16 de maio de 2020.


Adriana Olívia Cabral
Funcionária Encarregada

HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 120/60813 Data: 23/04/2020 12:25
Convênio: SUS Matrícula:
Médico: FRANCISCO EUDES R DE AQUINO

Recep: VANDSON
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Cartão SUS: 706208767483870

Registro: 182908
Paciente: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
Nascimento: 05/08/1964 - Idade: 55 anos
Endereço: SÍTIO CHA DO COUVE
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: SURUBIM
Pai: AMARO FRANCISCO DE LIMA
Mãe: MARIA SANTANA DA CONCEICAO
Est. Civil: Casado(a)

Prontuário: 182908
Cor: Parda
Sexo: Masculino
C.P.F.:
Identidade: /
Telefone:
G. instrução:

Naturalidade: SURUBIM-PE

OBS: CORREDOR

Anamnese e Exame Sumário:

Fratura Tibia
Paciente vítima de Acidente F. motor
tr. fr. evoluindo com fr. em N.D. um TC
ora em fr. guarn. A.B.C.D.E. OK
Exame Hemodinâmico normal

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica /Cid:

Fratura Tibia D.

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:

Dr. Manoel Souza
CRM/PE 15515

Assinatura e Carimbo do Médico

62-5927311

Secretaria Estadual de Saúde - SES
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional de Limoeiro "José Fernandes Salsa"
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Hospital Regional do Limoeiro "J. F. Salsa"

Nome: Manoel Amaro Rocha de Lima

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Reg. Nº _____

Laudo Médico - INSS

Paciente vítima de acidente com motocicleta dia 23/04/2020 apresentando fratura diafisária da tíbia tratada desde então c/ gesso.

Necessita permanecer afastado de suas atividades por 120 (cento e vinte) dias

(CID 10 S82.2)

Data 07/05/2020

Uesiel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 19726 / R.O. 1499

Médico - CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício
Eleide Monteiro de Souza



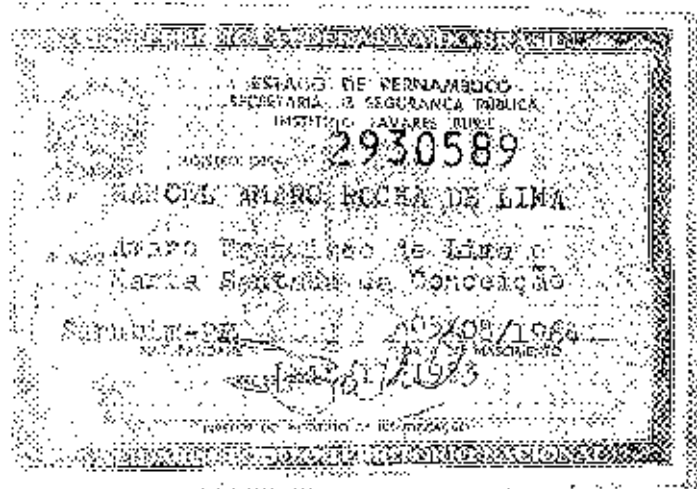
016

019 860 044 57 2ª Via.

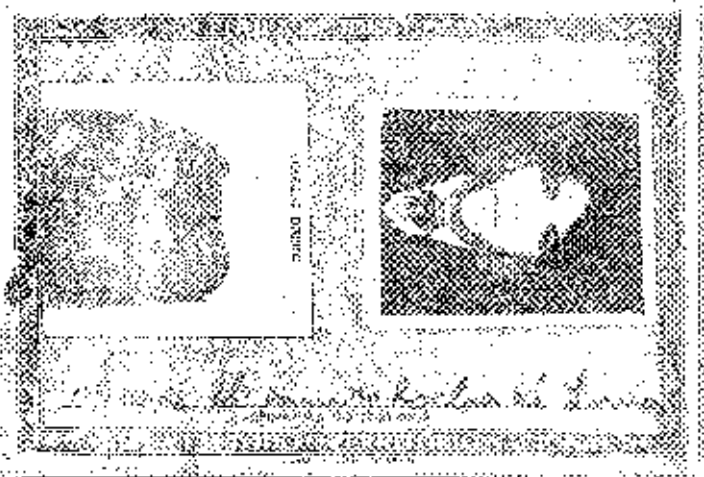
Genosel Amaro Rocha de Lima.

05/08/64.

Genosel Amaro Rocha de Lima.



Digitizado com CamScanner



Digitizado com CamScanner

...Informações sobre o veículo

Placa: PCW-1663

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 110I

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 109

Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9C2JC7000HR513228

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2017

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200280562 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA **Data do acidente:** 23/04/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA (PAG.02.03)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO (PÁGINA 1), DATADO DE 06/08/2020, MACIEL SOARES, CRM: 17728, DESCREVENDO:
"...RETIRADA A IMOBILIZAÇÃO E MANTIDA A FUNÇÃO NORMAL DO MEMBRO."

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220194/20

Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

CPF: 019.860.044-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

CPF de: Próprio

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

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA : 019.860.044-57

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: 06/08/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do 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 dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200261405** Data da solicitação: **06/08/20**
Nome do beneficiário: **Manoel Limaro Rocha de Lima** CPF do beneficiário: **019.860.044**
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: **57**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**81**) **9.9665-0454** Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ D&MS (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 PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informo que(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Declaração de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: **Doc. Laudo** - [DESCREVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que reanalize esse processo, pois MANOEL NÃO SE ENCONTRA mais em tratamento, fez todo o tratamento mais ainda se encontra com sequelas não podendo exercer suas ATIVIDADES.

SURUBIM, 06 DE ABRIL DE 2020.

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

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de venda local em que deu entrada inicialmente ao seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

Caso o beneficiário/vítima não tenha pessoa de sua confiança, alfabetizada, idônea e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido será arquivado.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

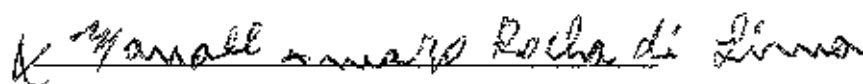
NOME: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 2.930.589 SSP/PE e CPF: 019.860.044-57
DATA DO ACIDENTE: 23/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
ENDEREÇO: RUA CHÃ DO CORVO, Nº 42, BAIRRO: CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM -PE - CEP:55.750-000

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 MANOEL ALVES DE MOURA, Nº64, 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, 04 DE MAIO DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

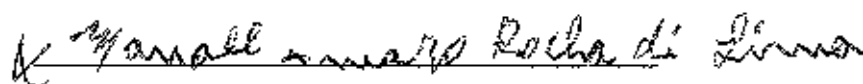
NOME: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 2.930.589 SSP/PE e CPF: 019.860.044-57
DATA DO ACIDENTE: 23/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
ENDEREÇO: RUA CHÃ DO CORVO, Nº 42, BAIRRO: CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM -PE - CEP:55.750-000

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 MANOEL ALVES DE MOURA, Nº64, 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, 04 DE MAIO DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220194/20

Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

CPF: 019.860.044-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

CPF de: Próprio

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

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA : 019.860.044-57

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: 06/08/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA