



18/12/2020

Número: **0069252-58.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72756279	18/12/2020 12:17	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200368794

Vítima: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA EDITE SILVA 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas cervicais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **000001672-1**

Conta: **0000011445-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200368794 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE VÉRTEBRA LOMBAR COM ACHATAMENTO DO CV DE L3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 5/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE SEGMENTO LOMBAR DE COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE SEGMENTO LOMBAR DE COLUNA VERTEBRAL.

**Documentos
complementares:**

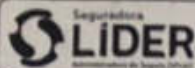
Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas cervicais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

780 399 674 49 Antonia Edik Silva 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:

Antonia Edik Silva de Oliveira

6 - CPF:

780.399.674-49

7 - Profissão:

reuso

8 - Endereço:

Estado do Barbolhe

9 - Número:

1495

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Putiunga

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 997440555

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

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)?

☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife 02 de outubro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096007467**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2019** às **07:44**

Complementa o BO Número: **19E0096005693**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **3/11/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DO BARBALHO, 1 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55000-000**
Local do Fato: **ONIBUS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PAULO (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EDITE MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: **30/8/1958** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ESTRADA DO BARBALHO, 1445 - CEP: 55000-000 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

PAULO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Comercial: **RUA LEAL DE BARROS, 1, TERMINAL DA LINHA ESTRADA DO BARBALHO/CDU - CEP: 55000-000 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ONIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

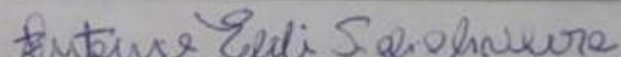
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP, A VITIMA ACIMA QUALIFICADA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UMA LESAO, QUANDO ESTAVA DENTRO DE UM ONIBUS QUE FAZ A LINHA BARBALHO/CDU, DIRIGIDO PELO MOTORISTA PAULO, QUE IMPRUDENTEMENTE, E EM ALTA VELOCIDADE, PASSOU POR CIMA DE UMA LOMBADA, VINDO A JOGAR A VITIMA DESTA, A CERTA ALTURA, VINDO A LESIONA-LA QUANDO CAIU. SENDO SOCORRIDA PARA UPA DA CAXANGA EM CONFORMIDADE COM ATENDIMENTO NUMERO 1233102, SENDO TRANSFERIDA PARA O PELOPIDAS SILVEIRA, POIS ESTAVAM SUSPEITANDO DE CASO DE CIRURGIA, EM CONFORMIDADE COM OS LAUDOS DAQUELA UNIDADE HOSPITALAR, E COM O RESUMO DE ALTA 256183. MOTIVO PELO QUAL, PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.

02/10/2020

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

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


ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALBERTO MOURA DOS SANTOS** - Matrícula: **3809633**

(Liberado em **03/12/2019** às **07:49**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096005693**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **11:12**

Complementado pelo BO Número: **19E0096007467**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/11/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DO BARBALHO, 1** - Bairro: **IPUTINGA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55000-000**
Local do Fato: **ONIBUS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PAULO (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **EDITE MARIA DA CONCEICAO** Data de Nascimento: **30/8/1958** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ESTRADA DO BARBALHO, 1445** - CEP: **55000-000** - Bairro: **IPUTINGA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

PAULO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Comercial: **RUA LEAL DE BARROS, 1, TERMINAL DA LINHA ESTRADA DO BARBALHO/CDU** - CEP: **55000-000** -
Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

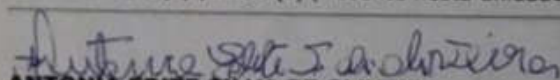
ONIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP, A VITIMA ACIMA QUALIFICADA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UMA LESAO, QUANDO ESTAVA DENTRO DE UM ONIBUS QUE FAZ A LINHA BARBALHO/CDU, DIRIGIDO PELO MOTORISTA PAULO, QUE IMPRUDENTEMENTE, E EM ALTA VELOCIDADE, PASSOU POR CIMA DE UMA LOMBADA, VINDO A JOGAR A VITIMA DESTA, A CERTA ALTURA, VINDO A LESIONA-LA QUANDO CAIU. SENDO SOCORRIDA PARA UPA DA CAXANGA EM CONFORMIDADE COM ATENDIMENTO NUMERO 1233102, SENDO TRANSFERIDA PARA O PELOPIDAS SILVEIRA, POIS ESTAVAM SUSPEITANDO DE CASO DE CIRURGIA, EM CONFORMIDADE COM OS LAUDOS DAQUELA UNIDADE HOSPITALAR, E COM O RESUMO DE ALTA 256183. MOTIVO PELO QUAL, PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.



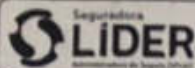
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


ANTÔNIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **NEWTON XAVIER DE ANDRADE JUNIOR** - Matrícula: **220790-7**

(Liberado em **11/09/2019** às **11:34**)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

780.399.674-49 Antonia Edik Silva 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:

Antonia Edik Silva de Oliveira

6 - CPF:

780.399.674-49

7 - Profissão:

reuso

8 - Endereço:

Estado do Barbolhe

9 - Número:

1495

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Putiunga

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 997440555

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

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)?

☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife 02 de outubro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner

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:	23/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01672-1

CONTA: 000000011445-6

Nr. da Autenticação 3FABA628D361E08B



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 CELPE www.celpe.com.br			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																												
DADOS DO CLIENTE GENILDA PINHEIRO DOS SANTOS CPF: 137.946.984-87		DATA DE VENCIMENTO 09/10/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 50,98		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/09/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 02/10/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 126030909		CONTA CONTRATO 007019744889 Nº DO CLIENTE 2001982675 Nº DA INSTALAÇÃO 0003035159																																											
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA ET BARBALHO 1455 A IPATINGA/RECIFE 50690-000 RECIFE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico																																															
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 86A3.55AB.AE04.5726.198C.15F0.9D09.21A5																																															
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																	
DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Tarifas Aplicadas Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32316000 Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25118000 HISTÓRICO DO CONSUMO <table border="1" style="width: 100%; font-size: 0.8em;"> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Ano</th> <th>Consumo (kWh)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>SET</td><td>20</td><td>56</td></tr> <tr><td>AGO</td><td>20</td><td>54</td></tr> <tr><td>JUL</td><td>20</td><td>45</td></tr> <tr><td>JUN</td><td>20</td><td>46</td></tr> <tr><td>MAI</td><td>20</td><td>104</td></tr> <tr><td>ABR</td><td>20</td><td>136</td></tr> <tr><td>MAR</td><td>20</td><td>114</td></tr> <tr><td>FEV</td><td>20</td><td>83</td></tr> <tr><td>JAN</td><td>20</td><td>68</td></tr> <tr><td>DEZ</td><td>19</td><td>70</td></tr> <tr><td>NOV</td><td>19</td><td>30</td></tr> <tr><td>OUT</td><td>19</td><td>30</td></tr> <tr><td>SET</td><td>19</td><td>30</td></tr> </tbody> </table>			Mês	Ano	Consumo (kWh)	SET	20	56	AGO	20	54	JUL	20	45	JUN	20	46	MAI	20	104	ABR	20	136	MAR	20	114	FEV	20	83	JAN	20	68	DEZ	19	70	NOV	19	30	OUT	19	30	SET	19	30
Mês	Ano	Consumo (kWh)																																															
SET	20	56																																															
AGO	20	54																																															
JUL	20	45																																															
JUN	20	46																																															
MAI	20	104																																															
ABR	20	136																																															
MAR	20	114																																															
FEV	20	83																																															
JAN	20	68																																															
DEZ	19	70																																															
NOV	19	30																																															
OUT	19	30																																															
SET	19	30																																															
Consumo Ativo(kWh)-TUSD		56,00	0,46868745	26,24																																													
Consumo Ativo(kWh)-TE		56,00	0,36429296	20,40																																													
ICMS Subvenção-CDE-NF 116584295-20/07/20				0,27																																													
Multa por atraso-NF 112662651 - 17/06/20				0,72																																													
Multa por atraso-NF 116584295 - 20/07/20				0,71																																													
Juros por atraso-NF 112662651 - 17/06/20				0,63																																													
Juros por atraso-NF 116584295 - 20/07/20				0,24																																													
Atualização IGPM-NF 112662651 - 17/06/20				1,27																																													
Atualização IGPM-NF 116584295 - 20/07/20				0,50																																													
TOTAL DA FATURA				50,98																																													
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																	
ICMS		PIS		COFINS																																													
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%																																										
46,64	25,00	11,66	46,64	1,06	0,49	46,64	4,99																																										
		2,32			2,32																																												
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL				DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																													
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																										
000000003121656883	CAT	18/08/2020 2.232,00	17/09/2020 2.288,00	30	1,00000	0,00	56,00																																										
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/10/2020																																																	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! julia magazine: av caxanga 4024 loja g iputinga / nivia matos da silva 995116495: r isaias lima 244 centroLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.				NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%; font-size: 0.8em;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">220</td> <td style="text-align: center;">202</td> <td style="text-align: center;">231</td> </tr> </tbody> </table>				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																	
				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																												
					MÍNIMO	MÁXIMO																																											
				220	202	231																																											
				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																													
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.																																																	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,09																																																	



AUMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

 Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:17:57
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812175738100000071325544>
 Número do documento: 20121812175738100000071325544



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
78804-ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

Sexo: Contatos:
FEMININO 81 - 30350875 / -

Mãe:
EDITE MARIA DA CONCEICAO

Idade: Nascimento:
60a 4m 9d 30/06/1958

Endereço:
MONSENHOR FERREIRA LIMA, 230 -
IPATINGA - RECIFE/ PE - CEP: 50690420

Data do Atendimento: 08/11/2018

Prontuário: 00078804

Nº Atendimento: 01233102

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR LOMBAR APOS O ONIBUS NO QUAL ESTAVA PASSAR EM LOMBADA HA 5 DIAS
NEGA DOR IRRADIADA

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, CORADA, HIDRATADO, ECG - 15
NEUROVASCULAR PRESERVADO
DOR A PALPAÇÃO LOMBO SACRA

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

LOMBALGIA

Airton César Pereira de Sá Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 22186 / TEOT: 15945

Airton César Pereira de Sá Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 22186 / TEOT: 15945

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CDD: 9767633000669





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
78804-ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA
Sexo:
FEMININO
Contatos:
81 - 30350875 / -

Idade:
60a 4m 9d
Nascimento:
30/06/1958

Mãe:
EDITE MARIA DA CONCEICAO

Endereço:
MONSENHOR FERREIRA LIMA, 230 -
IPATINGA - RECIFE/ PE - CEP: 50690420

Data do Atendimento: 08/11/2018

Prontuário: 00078804

Nº Atendimento: 01233102

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

Conduta:

RX
VPM

RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Airlon César Pereira de Sá Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 22186 / TEOT: 15945

RO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-11-08 08:13:35

Nome Paciente:	ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:	78804
Data de Nascimento:	30/06/1958
Sexo:	Feminino
Idade:	60
Senha:	OR0012
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1233102 
SAME:	

Período: 2018-11-08 08:13:35 - 2018-11-08 08:34:56

Prioridade:	URGENCIA
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	REFERE DOR EM COLUNA POS TRAUMA NO ONIBUS
Observação:	HAS - DM - ALERGIAS -
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG - P.A. DISTOLICA: 60.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 35.80 C°

Acolhido(a) por: KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2018-11-08 15:05:16

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



PERNAMBUCO **IMIP** **PELOPUS SILVEIRA**

PACIENTE: 0660305 ATENDIMENTO: 000006671 DATA E HORA: 18/05/2019 07:40 SEXO: FEMININO
 IDADE: 40 Anos 10 Meses 18 Dias
 NOME DO PACIENTE: ANTONIA ESTE SILVA DE OLIVEIRA
 NOME DA MÃE: ESTE MARIA DA CONCEICAO
 DATA DO NASC: 30/06/1958
 LEITO:

ENCAMINHAMENTO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA EM OUTUBRO DE 2018, SEGUIDO DE DOR LOMBAR E
 PERDA DE FORÇA EM MMII - SEC.
 COM PERDA >50% DA ALTO, TENDO FEITO TC RM QUE EVINCIALIZAM PRATICA COM ACHATAMENTO DO CV DE L3,
 POL TRATADA DE FORMA CONSERVADORA, COM MANUTENÇÃO DE CORTE DE FORTI
 VERTICAL, SEEL, PERISTE COM DOR LOMBAR, N DE CONTROLE COM DISCRETA FORA DO ACHATAMENTO
 SEQUE EM ACHAMAMENTO DE ANIL ANTERIO DE NEUROCIURGIA, ANDA NÃO ESTA AFASTADO A
 POSSIBILIDADE DE PROCEDIMENTO QUIRURGICO (ARTROSCOPIA LOMBAR).

CID:

16 de Maio de 2019 11:28
 DR. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 CRM: Nº 17510

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SEMPE
 HOSPITAL METROPOLITANO GERAL - PERNAMBUCO
 BR 124 04 - COIMBÉ - PE FONE: 31832000



ATENDIMENTO: 0000256183 DATA E HORA: 11/11/2018 12:02
PACIENTE: 0060305 SEXO: FEMININO IDADE: 60 Anos 4 Meses 22 Dias
NOME DO PACIENTE: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA
DATA DO NASC: 30/06/1958 LEITO: 4 AND - NEUROCIRURGIA LESTE, Q405_NCRLESTE_L3

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

* ESTA CONTA DEVERÁ SER PAGA COM RECURSOS PÚBLICOS *

RESUMO DA INTERNAÇÃO

RESUMO DE ALTA NEUROCIRURGIA

60 ANOS

PACIENTE ADMITIDA EM 11-11-18, RELATANDO QUE HÁ 8 DIAS, SENTADA NO ONIBUS SOFREU IMPACTO AXIAL, RESULTANDO EM DOR LOMBAR COM IRRADIAÇÃO PARA COXAS BILATERALMENTE, DESDE ENTÃO A DOR SE REDUZIU PURAMENTE À REGIÃO LOMBAR.

MENOPAUSADA APOS HISTERECTOMIA NOS ULTIMOS 5 ANOS

DEAMBULANDO LIVREMENTE, REFERE FUNÇÕES ELIMINATORIAS SEM INTERCORRENCIAS, NEGA PARESTESIA OU IRRADIAÇÃO. TOLERA MENOS O DECUBITO LATERAL ESQUERDO E A FLEXÃO PARA DIANTE

LAB 14-11-18: CA: 9,16, C: 0,7, G: 93, HGB: 12,9, LEUCO: 8200, PLAQ: 232000, TP: 100%, TTPA: 22, T4L: 1,45, TSH: 2,18

RX (TROUXE DA UPA): FRATURA ACUNHAMENTO DE L3 COM COLAPSO DO PLATO SUPERIOR E MINIMA RETROPULSAO PARA O CANAL. NO RX FORAMES AMPLOS E PRESERVADOS

CT LOMBAR (12-11-18) FRATURA COM DESTACAMENTO ANTERIOR. ABAULAMENTO DO LIGAMENTO LONGITUDINAL NO SENTIDO DO CANAL, DESLOCANDO O SACO DURAL

RM 20-11-18: FRATURA COMINUTIVA L3 COM PRESERVAÇÃO DO CANAL E FORAMES NEURAIS

AO EXAME NEUROLÓGICO DE ALTA: SEM SINAIS FOCAIS.

OPTAMOS INICIALMENTE POR TRATAMENTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO CLINICO RADIOLOGICO

DIAGNÓSTICO DEFINIDO:

CID:

OBSERVAÇÕES DO DIAGNÓSTICO:

EXAMES COMPLEMENTARES RELEVANTES

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

PLANO:

- 1) COLETOU CEA, CA19.9 E CA125
- 2) ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL VISANDO REDUZIR CARGA VERTEBRAL COM AJUSTE PESO CORPORAL
- 3) EM USO DE AMITRIPTILINA 25MG NOITE
DIPIRONA 500 VO 6-6H
TYLEX 30MG ATE 8/8H SE DOR
- 4) EM USO DE CINTA DE PUTTI AO SENTAR E DEAMBULAR. RETIRAR AO DEITAR. REALIZAR REPOUSO
- 5) MARCAR REAVALIAÇÃO EM AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA (DR BRENO/ DRA C CAROL) APOS 30 DIAS DA ALTA

PROGRAMAÇÃO PÓS ALTA

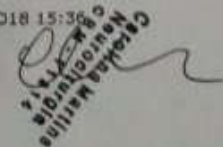
AMBULATÓRIO EGRESSO:

DATA DA CONSULTA NO AMBULATÓRIO EGRESSO DO HPS:

HORA:

22 de Novembro de 2018 15:36

MARIA CAROLINA MARTINS DE LIMA - CRM: Nº.11914



Maria Carolina Martins de Lima
Neurocirurgia

ASSINATURA DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL



PACIENTE: 0060305 ATENDIMENTO: 0000289102 DATA E HORA: 23/07/2019 07:52 SEXO: FEMININO
NOME DO PACIENTE: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA IDADE: 61 Anos 0 Mês 23 Dias
NOME DA MÃE: EDITE MARIA DA CONCEICAO SUS:009203287914931
DATA DO NASC: 30/06/1958 LEITO:

LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA EM ONIBUS EM NOV 2018, SEGUIDO DE DOR LOMBAR E PERDA DE FORÇA EM MMII - SJC.

FOI INTERNADA NO SERVIÇO, TENDO FEITO TC/RM QUE EVIDENCIARAM FRATURA COM ACHATAMENTO DO CV DE L3, COM PERDA >50% DA ALTURA.

FOI TRATADA DE FORMA CONSERVADORA, COM MANUTENÇÃO DE COLETE DE PUTTI. APÓS 6 MESES, PERSISTE COM DOR LOMBAR. TC DE CONTROLE COM DISCRETA PIORA DO ACHATAMENTO VERTEBRAL.

SEGUE EM ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA, AINDA NÃO ESTÁ AFASTADO A POSSIBILIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE LOMBAR).

CID: 5320 FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR

23 de Julho de 2019 10:4

BRENO SANTIAGO CORDEIRO - CRM: Nº.17510



A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:29:21 do dia 11/09/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE
7830.5883.C83A.A60C

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
780.399.674-49
Nome
ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA
Nascimento
30/06/1958
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASSINATURA DO DIRETOR

09 08 84 > <

<< CC. 671 L.B.F. 29 CART SEDE BUENOS AIRES-PE

D.O. 05105M

NATURALIDADE MAZARE DA MATA - PE

DATA DE NASCIMENTO 30/06/1958

<< EDITE MARIA DA CONCEIÇÃO >>

FILIAÇÃO << SEVIRINO JOSE DA SILVA >>

NOME << ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA >>

REGISTRO GERAL 2.002.674

DATA DE EXPEDIÇÃO 29/08/2005

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Antonia Edite S. Oliveira

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

CAC-01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Andréia Sora de Oliveira CPF da vítima: 03.11.2018-323.644-79
 Data do Acidente: 03.11.2018
 Portador da documentação: ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é: 30º 06:58
 Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Endereço do portador:
 Número: Complemento: Bairro:
 Cidade: UF: CEP: Telefone: ()
 E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de Identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:
 Identidade:
 Assinatura:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☐ Carteira de Identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☐ Comprovações (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Morte = R\$ 13.500,00
 Invalidéz Permanente = até R\$ 13.500,00
 Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para 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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 02 de outubro 2010
 Nome: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
 Assinatura:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291649/20

Vítima: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 780.399.674-49

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA : 780.399.674-49

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: 15/10/2020
Nome: ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA
CPF: 780.399.674-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ANTONIA EDITE SILVA DE OLIVEIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA

