
Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180597413

Vítima: MARIA INES SIMOES MARQUES

Data do Acidente: 09/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA INES SIMOES MARQUES

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



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

Nome completo: Maria Inês Simões Marques CPF: 160.461.294-00
 Profissão: Donadeira Endereço: R. Costa Ribeiro Número: 784 Complemento: _____
 Bairro: União Cidade: Ipatinga Estado: MG CEP: 38088-520
 E-mail: maria_ines_simoes@hotmail.com Tel.(DDD): (35) 49181-6739

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

RECEITA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RECEITA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: do Brasil

AGÊNCIA: 3077 8 CONTA: 30.95.2 4

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (nã nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Inês Simões Marques

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: PREV PREVIDÊNCIA S.A.

CPF: _____

13 DEZ. 2018

PROTOCOLADO

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09590.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09590.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:23 horas do dia 10 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Maria Ines Simões Marques**, CPF nº 160.461.294-00, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), identidade de gênero feminino, profissão Lavadeira, filho(a) de Maria Nazareth de Sousa e Jose Felix de Medeiros, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/08/1950 (68 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Marta Pacheco, Nº 784, bairro Otizeiro, tendo como ponto de referência Novaís, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98646-7861.

Dados do(s) Fatos:


Local: Avenida Cruz das Armas, Frei Damião, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/07/18 17:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

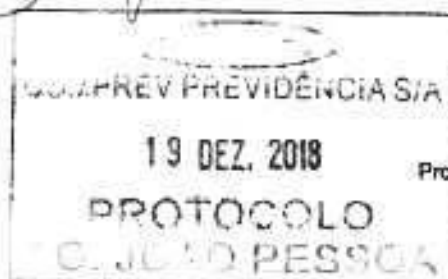
QUE NO DIA 09/07/2018, POR VOLTA DAS 17:25, ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA CRUZ DAS ARMAS, EM FRENTE A MATERNIDADE FREI DAMIÃO EM UMA FAIXA DE PEDESTRES, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA, A QUAL ERA PILOTADA POR UMA SENHORA QUE FICOU NO LOCAL E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS A ESTA NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDA POR UM VEICULO PARTICULAR PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ONDE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO, COM CID S82.1, CONFORME LAUDO MÉDICO DO PRONTUÁRIO 109787 DO BOLETIM DE ENTRADA 10935503, ASSINADO PELO MÉDICO DR ELIVALDO SALES DE TOLEDO, CRM 1873/PB/; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA NO HOSPITAL HTOP; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 10 de dezembro de 2018.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MARIA INES SIMÕES MARQUES
Notificante



Procedimento Policial: 09590.01.2018.1.00.401

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

Nome completo: Maria Inês Simões Marques CPF: 160.461.294-00
 Profissão: Donadeira Endereço: R. Costa Ribeiro Número: 784 Complemento: _____
 Bairro: União Cidade: Ipatinga Estado: MG CEP: 38088-520
 E-mail: maria_ines_simoes@hotmail.com Tel.(DDD): (35) 49181-6739

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

RECEITA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: do Brasil

AGÊNCIA: 3077 8 CONTA: 30.95.2 4

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (nol nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: JOÃO PREZIDENTE

CPF: _____

13 DEZ. 2018

PROTOCOLADO

2ª Nome: _____

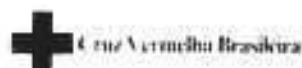
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1093503



Identificação do paciente

ID 1306084	Nome MARIA INES SIMOES MARQUES	Sexo Feminino
Data de nascimento 27/08/1960	Idade 57 anos 10 meses 12 dias	Estado civil Prontuário
Mãe MARIA NAZARATH DE SOUSA	Pai JOSE FELIX DE MEDEIROS	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SILVANIA SIMOES MARQUES - FILHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986686057	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 862976	Nº Cns 700007963260508
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS	Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR

Endereço

CEP 58088520	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARTA PACHECO
Número 784	Complemento	Bairro OTIZEIRO	

Admissão

Data e Hora 09/07/2018 22:21:35	Número da pulseira 1000005132019	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Sigla do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	-----------	----------	-------	-----------	--------	---------------------

Dados clínicos

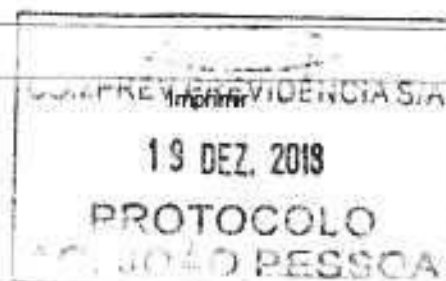
Atendimento realizado pelo enfermeiro da equipe de emergência, com avaliação de estado físico e mental satisfatória. Paciente encaminhado para observação em sala de observação.

Diagnóstico

CD

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Tempo
01min 05seg



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA INES SIMOES MARQUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03277-8

CONTA: 000000030952-4

Nr. da Autenticação E70902BB97C9919C

05182082018-6 11300002019-9



CTC RECIFE PE PUL
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e consulte o valor
No App Minha Claro
Na internet - minhaclear.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052



Número do seu Claro 83 99181 6739
Período de Uso de 23/06/2018 a 22/07/2018
Vencimento 10/08/2018
Total a Pagar R\$ 433,91

Veja aqui o que está sendo cobrado

Plano Claro	Contratado	Utilizado	Excedente
Oferta Claro Unle Claro MAX	R\$ 109,99		
Adesivos Digitais	R\$		
Claro Pós Mais 4GB + Minutos Ilimitados (12R)	R\$		
Desconto Claro Pós Mais AGF + Minutos Ilimitados (12R)	R\$		
Internet			
Internet			
Serviços			
Torpedos			
Voz			
Ligações locais + IDN para outros operadores			
Subtotal			
Total - Plano Claro	R\$ 109,99		R\$ 109,99
Contratações Adicionais			
Promoção Nôvel em Claro 4GB			
Promoção WhatsApp Claro Pós Mais 4GB			
Internet			
83 99181 6739			
Bônus Patrocinado de Dados - Mensal 100 MB - de 23/06 a 01/07			
Pacote adicional 300MB			
Subtotal			
Total - Contratações Adicionais	R\$		R\$ 0,00

Prezado Cliente,
O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês na última página.

Seu plano Claro tem 100MB de dados e 100 minutos de voz para uso em redes 4G e 3G. O valor a ser pago refere-se ao valor do plano e dos serviços adicionais contratados. O valor do plano é de R\$ 109,99 e o valor dos serviços adicionais é de R\$ 0,00. O total a ser pago é de R\$ 109,99.

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente:
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Código Débito Automático
108690678
Claro NE DDD 81 a 89

Período de Uso
23/06/18 a 22/07/18

Total
R\$ 433,91

Vencimento
10/08/18

64820000004-2 | 33910221201-0 | 80810108690-0 | 67801028122-8



Esta é uma cópia da fatura e não deve ser utilizada para pagamento. Para mais informações, consulte o site www.claro.com.br



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Franci Ellen de Lencas Feliciano inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034/88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Laura Inês Simões Louque inscrito (a) no CPF sob o Nº 160.361.294/00, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliária da Vítima Laura Inês Simões Louque, inscrito (a) no CPF sob o Nº 160.361.294/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: — x — Renda: — x — 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 Doutor Antônio Pol'tot</u>		Número <u>175</u>	Complemento
Bairro <u>Bom Jardim</u>	Cidade <u>Feas Pereira</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58051-780</u>
Email <u>franci.feliciano@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)99131-6739</u>

Feas Pereira, 10 de dezembro de 2018
Local e Data

Franci Ellen de Lencas Feliciano
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P.6




Maria Inês Simões Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 862.976-22 DATA DE EMISSÃO 13/11/2007

NOME MARIA INÊS SIMÕES MARQUES

FILIAÇÃO JOSÉ FELIX DE MEDEIROS
MARIA NAZARETH DE SOUSA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 27/08/1950

DOC. ORIGINAL CASAM N.36.162 PLS.249 LIV.B.154

CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB

CNPJ 160.461.294-00

Assinatura do Diretor

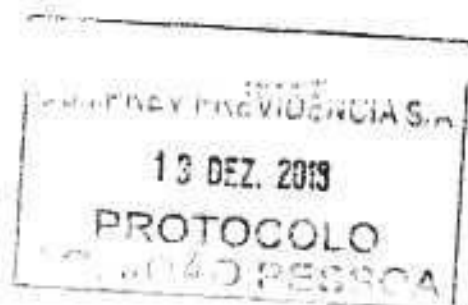
LEI Nº 7.126 DE 28/09/85

COMPREV PREVIDENCIA S/A

19 DEZ. 2013

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597413 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA INES SIMOES MARQUES **Data do acidente:** 09/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597413 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA INES SIMOES MARQUES **Data do acidente:** 09/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597413 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA INES SIMOES MARQUES **Data do acidente:** 09/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

PREV PREVIDÊNCIA S/A
13 DEZ. 2018
PROTOCOLO
ACORDO PESSOA

OUTORGANTE:

Nome: Maria Inês Simões Marques
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: divorciada
Profissão: professora
Identidade: 862.976-2-MA CPF: 160.461.294-00
Endereço: Avenida Santa Bárbara, 784, Orlizine, São Paulo, Paraíba

OUTORGADO:

Nome: João Ellen de Melo Feliciano
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteiro
Profissão: advogado
Identidade: 2.569.321-5-PIB CPF: 036.259.034-88
Endereço: Rua Doutor Antônio Pênet, 125, Bonfim, São Paulo, Paraíba

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confiro poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, além de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Maria Inês Simões Marques

São Paulo, 10 de dezembro de 2018

Local e data

Maria Inês Simões Marques

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO CELEIDA
SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
COMARCA DA CAPITAL
RECONECER POR AUTENT. (Cidade) 3 FOLHAS DE MARTA INÊS SIMÕES
MARQUES, (116806), 1. Pessoa-F8, 10/12/2018 12:52:57 Enol
R\$9,82 Parquet:R\$0,78 Fept:R\$1,90, 155:R\$0,47. En test 03
verdade. Tabela CELEIDA (0037) FÉLIX DA SILVA. Selo
Digital M001613-R000 Confira em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458317/18

Vítima: MARIA INES SIMOES MARQUES

CPF: 160.461.294-00

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 09/07/2018

Titular do CPF: MARIA INES SIMOES MARQUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

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

MARIA INES SIMOES MARQUES : 160.461.294-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2018
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS