



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marielene Gomes FerrazRG nº 1.868.548, data de expedição 03/09/92, Órgão SSP/PE

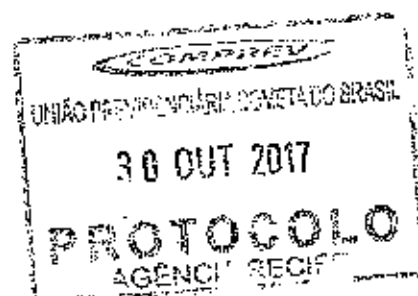
CPF nº 326.503.534-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Buretzal</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Torres</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>50.640-560</u>
Telefone de Contato	<u>9.8774-3744 / 9.8753-1770</u>
E-mail	<u>recife.carpina@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 30/10/17

Assinatura do Declarante: x

Marielene Gomes Ferraz

saiba +
www.seguradoralider.com.br

entimentalmente social.

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Lesteire ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro

Seguro DPVAT - Proteção para todos

LIDER
Seguradora



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

MARIL ENE GOMES FERRAZ
RUA BURITIZAL, 190 CASA
TORRÕES
CEP 50640-560 - RECIFE - PE

Revólução Seguradora Líder - DPVAT CEP: 20.270-971 CAIXA POSTAL 40.970 www.seguradoralider.com.br		Para uso dos comiss ☐ Multidade ☐ Descontrole ☐ Placardado ☐ Ausente ☐ Não procurado	Responsável pela informação ☐ Motorista ☐ Sinistro ☐ Porteiro Entregador
Emprego ou n° inscrito ☐ Emprego inscrito ☐ Não existe o n° inscrito ☐ Faltado		Data _____	

30 OUT 2017

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Entre em contato conosco

20

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11785319

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540036 ASL-0385024/17

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

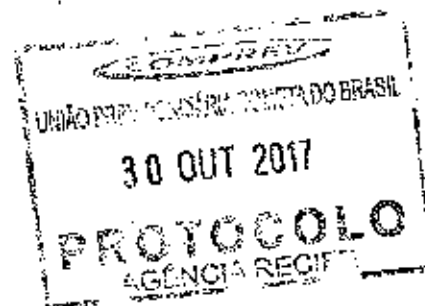
Data Acidente: 18/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),



Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza Dams, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e culde você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES

Número CRM: 13983

UF: PE

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Nº Carteira Convênio do Paciente: 16495000119012023

CPF do Paciente: 32650353449

Data do Atendimento: 22/02/2016

Documentação médico - hospital



RECEITA

USO EXTERNO

01) FITOSCAR POMADA

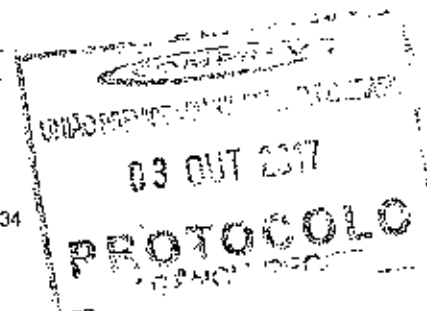
APLICAR APOS O BANHO POR 30 DIAS
COBRIR COM GAZE E ATADURA


Dr. Leonardo Nunes
CRM: 13983
UF: PE

R3000N LEONARDO SANTA CRUZ NUNES

22/02/2016 12:56

192.85.4.34



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ
Médico: ALDO LEITE MOREIRA NETO
Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Idade: 62
Data: 18/02/16 02:56



Atendimento 10612383
Prontuario 2531058

ANAMNESE

Pct Trazida Pelo Bombeiro
Com Quadro De Aceidente De Transito Refere
Dor Em Ombro E // Joelho E
Eupn Lote Ac Ar Ndn

Exames Físico

Peso(Kg): Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados

- 32050054 - Rx Torax: P.A - Lat	- 32040067 - Rx Joelho: A.P. - Lateral
- 32050038 - Rx Torax P.A	- 32030070 - Rx Articulacao Escapulo-Um
C28800516 32030070 - Rx Articulacao Escapulo-Um	C28800524 32040067 - Rx Joelho: A.P. - Lateral
C28800532 32050038 - Rx Torax P.A	

Evolução Médica

Paciente Em Observacao

Prescrição Médica N° 6437459

1- PARACETAMOL (750.00mg)	750mg	1 COMP Agora ORAL	CRM-13645
2- PROFENID IM (50.00mg/ml)	100mg	2 ML Agora IM	CRM-13645

R3001

DANILO DE SOUZA BRANDAO

14/08/2017 15:21

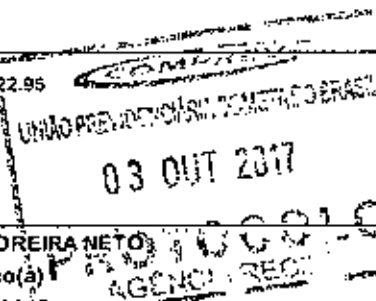
10.1.22.95

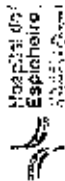
Carimbo / Assinatura profissional

ALDO LEITE MOREIRA NETO

Médico(a)

CRM-13645





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

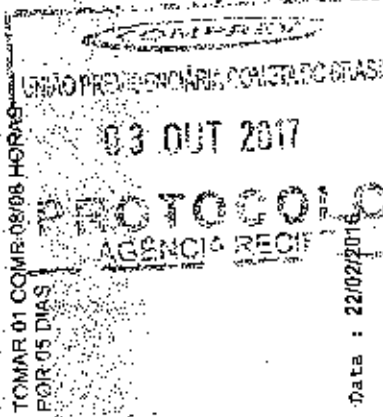
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES	
CRM: 13983	UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.	
Cidade-RECIFE	UF: PE

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel. 8774-3744
CPF: 32650353449
Nº Carteira Convênio: 16495000119012023

Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02) CAIXAS

TOMAR 01 COMP 08/08 HORAS
POR 05 DIAS

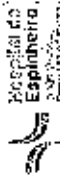


Data: 22/02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:	Orgão Emissor:
Ident:	End:
Cidade:	UF:
Telefone:	

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES	
CRM: 13983	UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.	
Cidade-RECIFE	UF: PE

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel. 8774-3744
CPF: 32650353449
Nº Carteira Convênio: 16495000119012023

Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02) CAIXAS

TOMAR 01 COMP 08/08 HORAS
POR 05 DIAS

Data: 22/02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPARADOR

Nome:	Orgão Emissor:
Ident:	End:
Cidade:	UF:
Telefone:	

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO
Dr. Leonardo Cruz Nunes
CRM: 13983 UF: PE

IDENTIFICAÇÃO DO EXITENTE
Nome Completo: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES
CRM: 13983 UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.

1ª Via retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via orientação ao Paciente
CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO
Dr. Leonardo Santa Cruz Nunes
Data: 03/09/2016

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel. 8774-3744
CPF: 32850353449
Nº Carteira Convênio: 16435000119012023
Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02 CAIXAS
TOMAR 01 COMP 09:08 HORAS
POR 05 DIAS

Data: 22/02/2016
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
Nome:
Ident:
End:
Orgão Emissor:
Cidade:
UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO EXITENTE
Nome Completo: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES
CRM: 13983 UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.

1ª Via retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via orientação ao Paciente
CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO
Dr. Leonardo Santa Cruz Nunes
Data: 03/09/2016

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel. 8774-3744
CPF: 32850353449
Nº Carteira Convênio: 16435000119012023
Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02 CAIXAS
TOMAR 01 COMP 09:08 HORAS
POR 05 DIAS

Data: 22/02/2016
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
Nome:
Ident:
End:
Orgão Emissor:
Cidade:
UF:
Telefone:

03 OUT 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 6-A
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

Marieline Gomes Ferraz
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.868,548 DATA DE EXPEDIÇÃO 03-09-1992

NOME MARILENE GOMES FERRAZ

FILIAÇÃO José Gomes Ferraz

Maria Carmo Ferraz

NATURALIDADE Jaboatão, PE DATA DE NASCIMENTO 30-10-1954

DOC ORDEM Cert. Nasc. 53332, Liv. 77, Fls. 187
Cert. de Jaboatão, PE

CPF 326.503,534/49

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/73

UNIAO FEDERAL DO BRASIL

03 OUT 2017

PROTOCOLADO

AGENCIADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385024/17
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ
CPF: 326.503.534-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/02/2016
Titular do CPF: MARILENE GOMES FERRAZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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



MARILENE GOMES FERRAZ : 326.503.534-49

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.

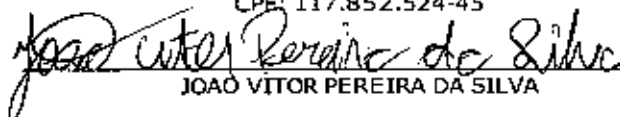
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2017
Nome: MARILENE GOMES FERRAZ
CPF/CNPJ: 326.503.534-49

MARILENE GOMES FERRAZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2017
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45


JOÃO VITOR PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385024/17
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ
CPF: 326.503.534-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/02/2016
Titular do CPF: MARILENE GOMES FERRAZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARILENE GOMES FERRAZ : 326.503.534-49
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.

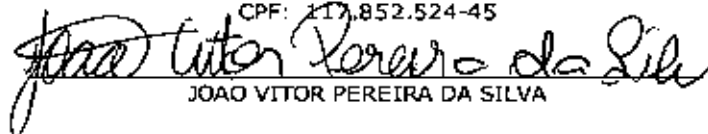
Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 30/10/2017
Nome: MARILENE GOMES FERRAZ
CPF: 326.503.534-49

Data do cadastramento: 30/10/2017
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

MARILENE GOMES FERRAZ


JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540036 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ **Data do acidente:** 18/02/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferida lácero-contusa em punho esquerdo. Contusão do ombro esquerdo. Contusão do joelho esquerdo. Múltiplas escoriações.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor em punho esquerdo aos esforços. Ao exame apresenta cicatriz hipertrófica em face anterior do punho esquerdo com movimentos preservados do punho esquerdo. Movimentos preservados do ombro esquerdo. Movimentos preservados do joelho esquerdo com marcha normal.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador, analgesia e curativo de ferida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 13/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARILENE GOMES FERRAZ** Sinistro: **3170540036** Data: **18/02/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Buritizal, 190, casa - Torrões - Recife - PE - CEP 50640560**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **1868548**

Data local do exame: [**13/11/2017**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Ferida lácero-contusa em punho esquerdo. Contusão do ombro esquerdo. Contusão do joelho esquerdo. Múltiplas escoriações. Vítima refere dor em punho esquerdo aos esforços. Ao exame apresenta cicatriz hipertrófica em face anterior do punho esquerdo com movimentos preservados do punho esquerdo. Movimentos preservados do ombro esquerdo. Movimentos preservados do joelho esquerdo com marcha normal.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento conservador, analgesia e curativo de ferida.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dra. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 226.985.614/12
CRM: 226.985.614/12

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11785319

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540036 ASL-0385024/17

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data Acidente: 18/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11794728

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3170540036 ASL-0385024/17
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ
Data Acidente: 18/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11848902

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540036 ASL-0385024/17

Vitima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data Acidente: 18/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2017

Carta nº: 11958000

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3170540036 ASL-0385024/17

Vitima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data Acidente: 18/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora

LÍDER

Atendimento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARILENE GOMES FERRAZPORTADOR(A) DO RG Nº 1.868.548 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 03/09/92 ECPF 32.656.353-49 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recusa-se

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusa-se (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARILENE GOMES FERRAZ, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4007 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01002676-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

03 OUT 2017

PROTOCOLO

RECIFE-PE, 03 de OUTUBRO de 2017 Marilene Gomes Ferraz

LOCAL E DATA

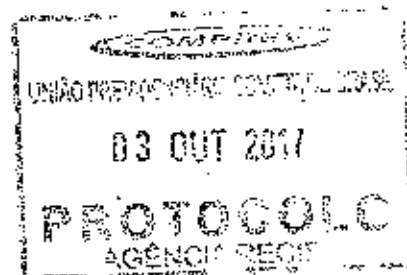
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

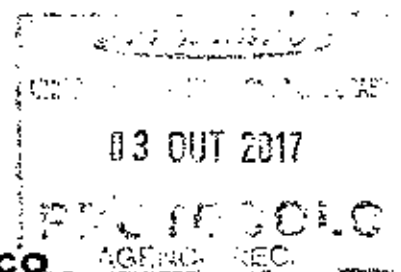
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradortransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.

CAIXAS ELETRONICOS SANTANDER
SALDO DE CONTA CORRENTE

22/03/2016 15:06:16 DATA CONTABIL: 22/03/2016
LOCAL: 033-4016 - RECIFE-RUA
TRANSACAO: 8660048 TERMINAL: 0000172
MARILENE GOMES FERRAZ
BANCO: 033 AGENCIA: 4001 CONTA: 01-002676-7



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 004ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESPINHEIRO -
DP4ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0094000556

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/02/2016 às 11:44

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 18/2/2016 às 01:30

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUARENTA E OITO, 1, ESQUINA COM RUA DO ESPINHEIRO** - Bairro: **ESPINHEIRO** - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALARRUBIA GOMES BARBOSA SILVA (OUTRO)
FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA (VITIMA)
MARILENE GOMES FERRAZ (VITIMA)
MARTA GHOMES BARBOSA SILVA (VITIMA)
SHOFIA FERRAZ BARBOSA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA

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

FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: JANDIRA LUCAS Pai: NATHEUS RICARDO DRYGALA Data de Nascimento:
16/8/1969 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 6304838/36P/PE
(RG). 13665218847 (CPF). 01018665680 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª.
GRAU COMPLETO Profissão: EMPRESARIO Telefones Celulares:
- 9923718674

Endereço Residencial: RUA ESTEVAO DE SA, 386, APTO 803 - BLOCO 4 - CEP: 55060-000 -
Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

MARILENE GOMES FERRAZ (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
CARMO FERRAZ Pai: JOSE GOMES FERRAZ Data de Nascimento: 26/10/1954 Naturalidade:
JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1366548/36P/PE



(RG) 32851263443 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO**
Profissão: **PENSIONISTA** Telefones Celulares:
- 987743744

Endereço Residencial: **RUA DA OLARIA, 210, CASA E - CEP: - Bairro: -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

MARTA GOMES BARBOSA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARILENE GOMES FERRAZ Pai: JOSÉ BARBOSA SILVA Data de Nascimento: 3/5/1971
Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
4423985/SSP/PE (RG) 34251945434 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares:
- 982947648

Endereço Residencial: **RUA BURITIZAL, 120 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORROES -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SHOFIA FERRAZ BARBOSA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ALARRUBIA GOMES BARBOSA SILVA Pai: FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA Data de Nascimento: 15/10/2014 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ESTEVÃO DE SA, 330 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ALARRUBIA GOMES BARBOSA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALARRUBIA GOMES BARBOSA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/IMP/PRISMA** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCR4037 (PERNAMBUCO/RECIFE)** Renavam: **105471164** Chassi: **9B0K30000F0378315**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/PEUGEOT/207 SW** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEH4338 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9382PKFWXCE006748**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

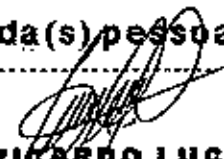
Complemento / Observação

A VÍTIMA FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA, CONDUTOR DO VEICULO 1, SEGUIA PELA RUA DO ESPINHEIRO, E QUE NO CRUZAMENTO COM A RUA 45, COM O SEMAFORO NA COR VERDE, PASSANDO EM VELOCIDADE REDUZIDA, O VEICULO 2, CONDUZIDO POR MOTORISTA DESCONHECIDO, COLIDIU CONTRA O SEU VEICULO CAUSANDO ACIDENTE COM AS VÍTIMAS ACIMA RELACIONADAS, QUE SE ENCONTRAVA EM SUA COMPANHIA NO VEICULO 1. SEGUNDO O QUEIXOSO, O MESMO DESMAIOU E TODAS AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, QUE AS CONDUZIRAM PARA DIVERSAS UNIDADES DE SAUDE. O SR. FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA INFORMA TAMBÉM QUE APÓS O ACIDENTE, FOI INFORMADO PELO SOCORRISTA DO SAMU QUE O CONDUTOR DO VEICULO 2 ESTARIA SE FUGINDO DE UM BLOQUEIO DA LEI SECA. PEDER PROVIDENCIAS.

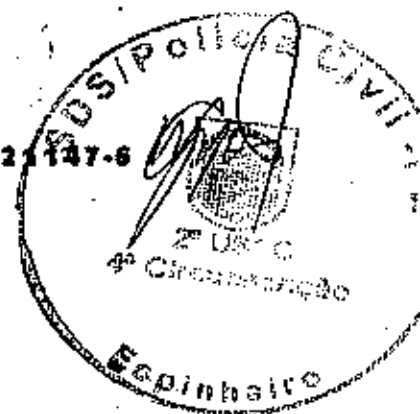


03 OUT 2017

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


FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA
(VITIMA)
MARILENE GOMES FERRAZ
(VITIMA)
MARTA GOMES BARBOSA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: WELLINGTON GILENO DE NOVAES - Matrícula: 221147-6





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARILENE GOMES FERRAZ, portador da carteira de identidade nº 1.868.548 e inscrito no CPF/MF sob o nº 326.503.534-49 residente e domiciliado na RUA BURITIZAL, 190 Cidade RECIFE, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

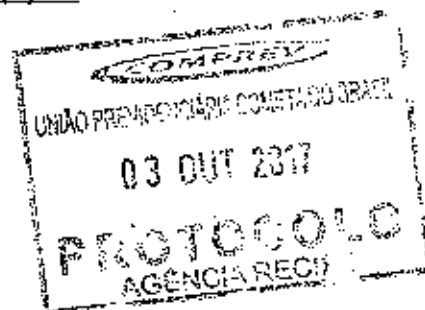
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RECIFE-PE, 03 OUTUBRO 2017

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARILENE GOMES FERRAZRG nº 1.868.548, data de expedição 03/09/92 Órgão SSP-PE,

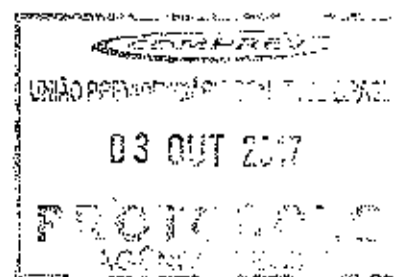
CPF nº 326.503.534-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA BURITIZAL</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TORRÕES</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>50640-560</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RECIFE-PE, 03 OUTUBRO 2017

Assinatura do Declarante



Agência: Caxias - Beneficiário
05094928359

Autenticação Meca

033-7		03399.49281 36981 708005 27295.801024 2 00000000000000		Santander	
Agência Beneficiária Pagador Beneficiário no Banco Santander Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 - 2225 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-911				Vencimento 01/04/2017 Agência/Cód. Beneficiário 05094 92835 9	
Data Documento 21/03/2017		Número do Documento 4007669993948255		Nome Número 6170800272950	
Espécie R\$		Valor 19,00		Total desta Fatura R\$ 19,00	
Pagamento Mínimo R\$ 19,00		Valor Pago R\$ 19,00		RECIBO DO CLIENTE	
PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO «VALOR DO DOCUMENTO» FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMOS E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS NA SUA PRÓXIMA FATURA MENSAL. APÓS 21/04/2017, PAGAR SOMENTE NAS AGÊNCIAS DO SANTANDER					
VISA					
MARILENE GOMES FERRAZ R BURITIZAL 190 CASA TORROES 50640-560 RECIFE PE					
Pagador Autenticação Meca Ficha de Compensação					

DATA	DESCRIÇÃO	R\$	US\$
06/03	PAGAMENTO DE FATURAS - CAIXA	19,00	145,00
21/03	ATUALIZAÇÃO DE FATURAS - CAIXA	19,00	145,00
	PARC 04/12	19,00	145,00
	Saldo devedor no Brasil	19,00	145,00
	Despesas/Debitos no Exterior	0,00	0,00
	Saldo devedor cartão	19,00	145,00
	Saldo Anterior	19,00	145,00
	Saldo desta Fatura	19,00	145,00
	Total de pagamentos	19,00	145,00
	Total de créditos	0,00	0,00
	Saldo desta Fatura	19,00	145,00

Histórico das Despesas

SANTANDER INTERNACIONAL

Nº DO CARTÃO 4916 XXXX XXXX 0846 | VISA

RECE DE AGENCIAS SANTANDER
 RECIBO DE
 SAQUE COM CARTÃO EM CONTA CORRENTE

06/06/2017 11:35:52 DATA CONTABIL: 06/06/2017
 LOCAL: 033.3118 - RECIFE-CEN
 TRANSACAO: 0000551 FTERMINAL: 0000000

MARILENE GOMES FERRAZ CARTAO: 3067
 BANCO: 033 AGENCIA: 4007 CONTA: 01-002676-7

03 OUT 2017