

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: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*****TRANSFERIDO PARA:

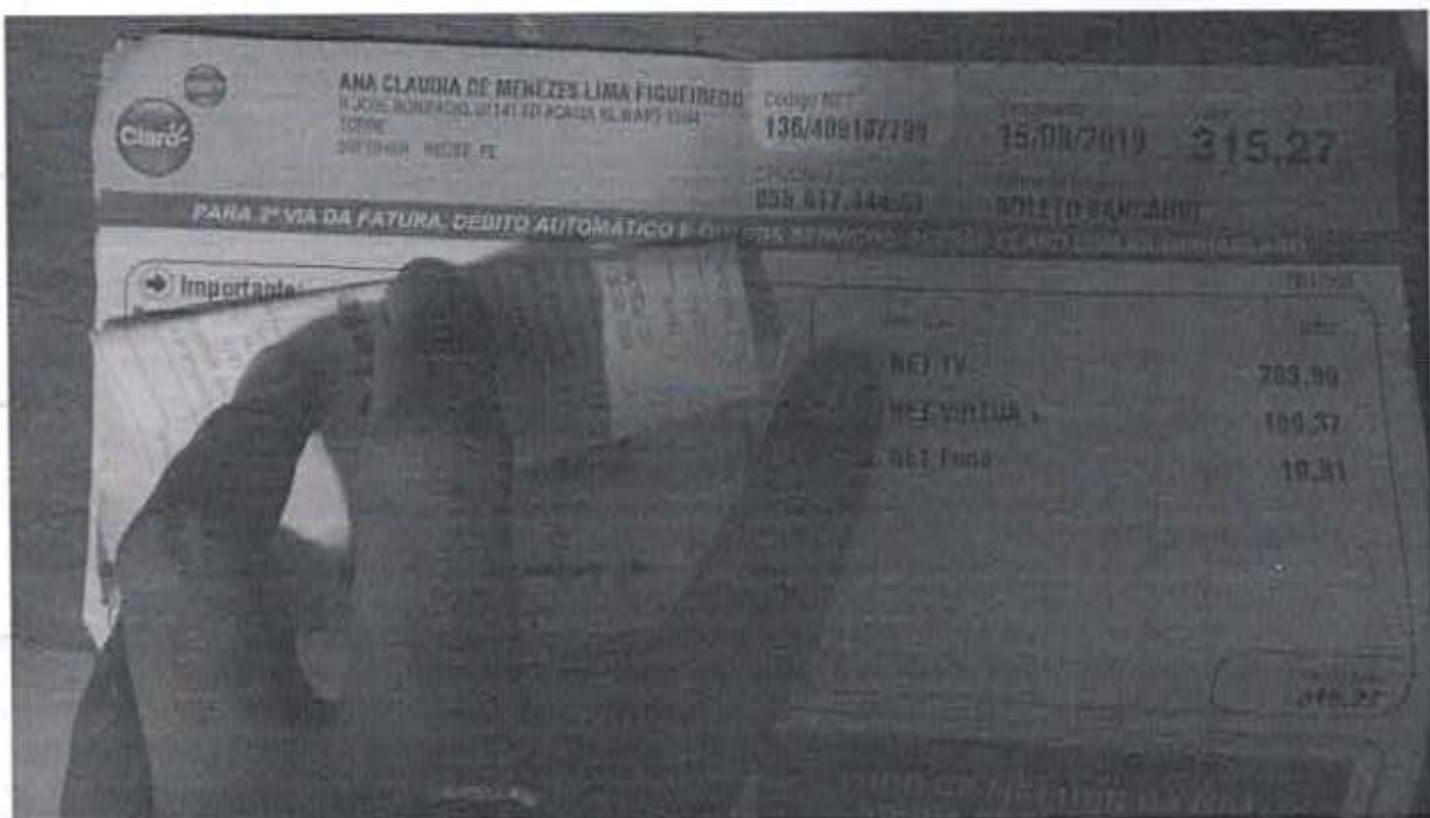
CLIENTE: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01030

CONTA: 000000042483-6

Nr. da Autenticação 91195E551DC15EF8



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19.571.2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-030
05/05/2019



GUIA DE TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO

Nome: Ana Cláudia de Brito Figueiredo Reg: 105394

Idade: 24 anos Data de Admissão: 17/5/18

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente feminina de 24 anos, da entidade no Hospital idendo a um acidente automobilístico, a paciente veio drogada pelo SAMU e foi levada para o interior em regiões do Quixadá e Iacanga. Exames para a paciente foram feitos no pronto-socorro.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx / Hemograma / Coagulograma

HD: Poliomielite / suspeita de Síndrome da Suposição
Fratura de fêmur /

PRESCRIÇÃO ATUAL:

① SFO,9g. 3000ml EV P/24H

② Gantotamina 30mg (03amp) + SFO,9g. 200ml

③ Clindamicina 600mg + 100ml SFO,9g. EV de 6/6 H

④ Tiroxina 01amp + 100ml SFO,9g. EV evitando

⑤ Flcone 01amp + Adov.

TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA: Hospital Real Português

SENHA: _____

DATA: 18/5/18 HORA: 13:00

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 551 279

Rua da Aurora, nº 175, 51.502 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Dra. Mariana Soárez Almeida Araújo
Médica

CREMEPE: 26413 CRM-PB 10287

Médico/CRM

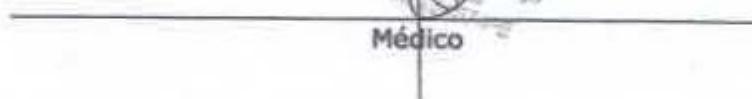


REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO

Av. Agamenon Magalhaes, 4780 , Derby - , Recife - PE CEP: 52010-902
CNPJ: 10.892.164.0001-24 - Telefone (081) 3416-1122

Laudo Médico

Declaro para os devidos fins que a Sra. ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO , registro 1575908, prontuário 748135 , chegou em nossa emergência dia 18 de maio de 2018, vítima de acidente de trânsito cerca de 3 dias prévios a esta data, veio encaminhada de outro serviço com FRATURA DO ANEL PÉLVICO TILE C2 ? FRATURA DIAFISE DO FEMUR DIREITO e FRATURA DO 1º , 2º E 4º METATARSOS DIREITOS . Foi realizado em nossa unidade exames de imagem radiográficos do protocolo de trauma, avaliação da neurologia e seguimento ortopédico traumatológico. A mesma já realizou 03 abordagens cirúrgicas e permanece internada em nossa unidade até a presente data, não podendo comparecer ao agendamento nesta data para perícia médica no INSS.


Médico

Recife, 21/06/2018

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 SET 2019

Rua da Aurora, 10 175, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA * 19/07/2019 07:00:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ANA CLAUDIA BRITTO RG: 6290589 PESO: null KG
FIGUEIREDO
IDADE: 25 Anos SEXO: FEMININO ALTURA: null CM

Data de Nascimento: 23/04/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: ROMERO ANTUNES BARRETO LINS
DATA DE ATENDIMENTO: 17/07/2019 14:32:02 ATENDIMENTO: 661482 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÊNIO: SULAMERICA S/A PLANO: EMPRESARIAL ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z540 - CONVALESCENCA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z540 - CONVALESCENCA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Z540 - CONVALESCENCA APOS CIRURGIA

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO DE ALTA: FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA SOB ORIENTAÇÃO DE DR ROMERO LINS

05.802.494/0001-41
TRACAJ CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18/07/2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 901 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

Dr. Sylvio Galdino
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE 26611

SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR
CRM-26611

Paciente: ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO



Nascimento: 23/04/1994

Idade: 25

Registro: 1575908

Conta:

Unidade: JOAO DE DEUS 14º ENFERMARIA

Leito: 1401 L02

Atendimento: 00661482

Convênio: SULAMERICA S/A

Data do atendimento: 17/07/2019

Data da Realização: 18/07/2019 21:43

Prestador: SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR - CRM:26811

Criado em: JOAO DE DEUS 14º

HOSPITAL
PORTUGUÊS**SUMÁRIO DE ALTA**

Motivo Admissão*

PACIENTE POS OPERATORIO DE MULTIPLAS FRATURAS EVOLUINDO COM DOR NA TOPOGRAFIA DE MATERIAL DE SINTESE DA COXA DIREITA., em: 18/07/19 00:11

Evolução Médica:*

BOA EVOLUÇÃO CLINICA

Orientação:

Tipo de Alta: MédicaCondição: MelhoradoComorbidades* Sim Não

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Encefálico | <input type="checkbox"/> Arteriopatias periféricas |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> Asma brônquica | <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica | <input type="checkbox"/> Distlipidemia |
| <input type="checkbox"/> Coronariopatia | <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | |

Outros:

Instruções de Acompanhamento pós-alta* Sim Não

- Restrição para Atividade física. Fisioterapia Motora Fisioterapia Respiratória Fonoterapia N.º dias

Exames realizados* Sim Não.Medicação Significativa*? Sim NãoProcedimentos realizados.* Sim Não

Diagnósticos:

Diagnósticos Segundário:

Há necessidade de suporte de transporte para alta?* Sim Não

PRESTADOR: SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR - CRM:26811

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19.511.779
rua da Aurora, 10 175 SL 201 B- C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RN/PE/BR

Dr. Sylvio Galdino
Ortopedista Traumatologista
CRM-PB-28.311

NEp



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 551 219

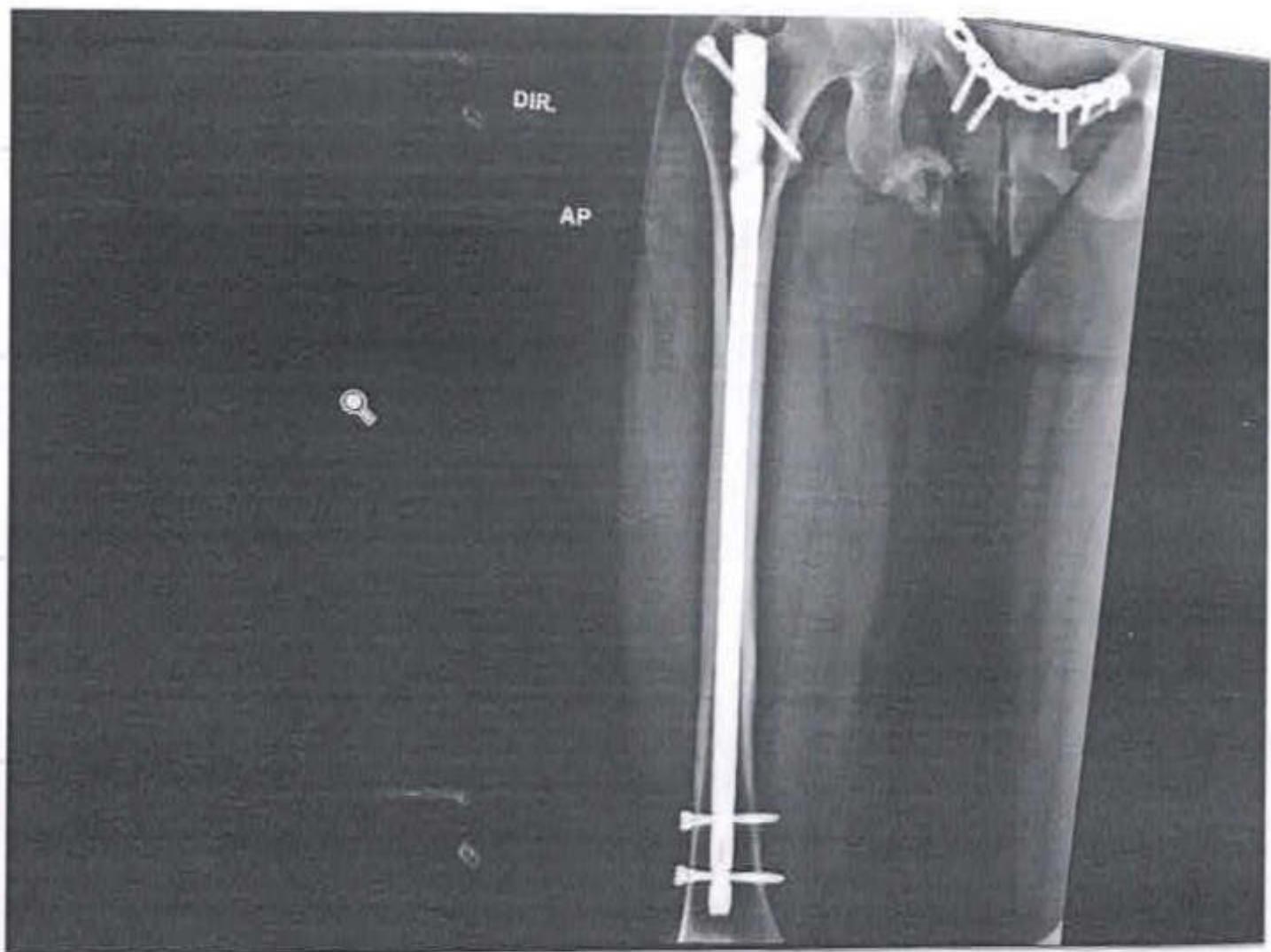
Rua da Aurora, 10 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REF/SE-PI



05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902-BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PB



05.802.494/0001-41
TRIÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19/09/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C.
Boa Vista - CEP: 50.065-010
RECIFERJ



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS (TOA)
14 SET 2019
rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. L
Vila Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



DE SEGUNDO

1.0 573.774

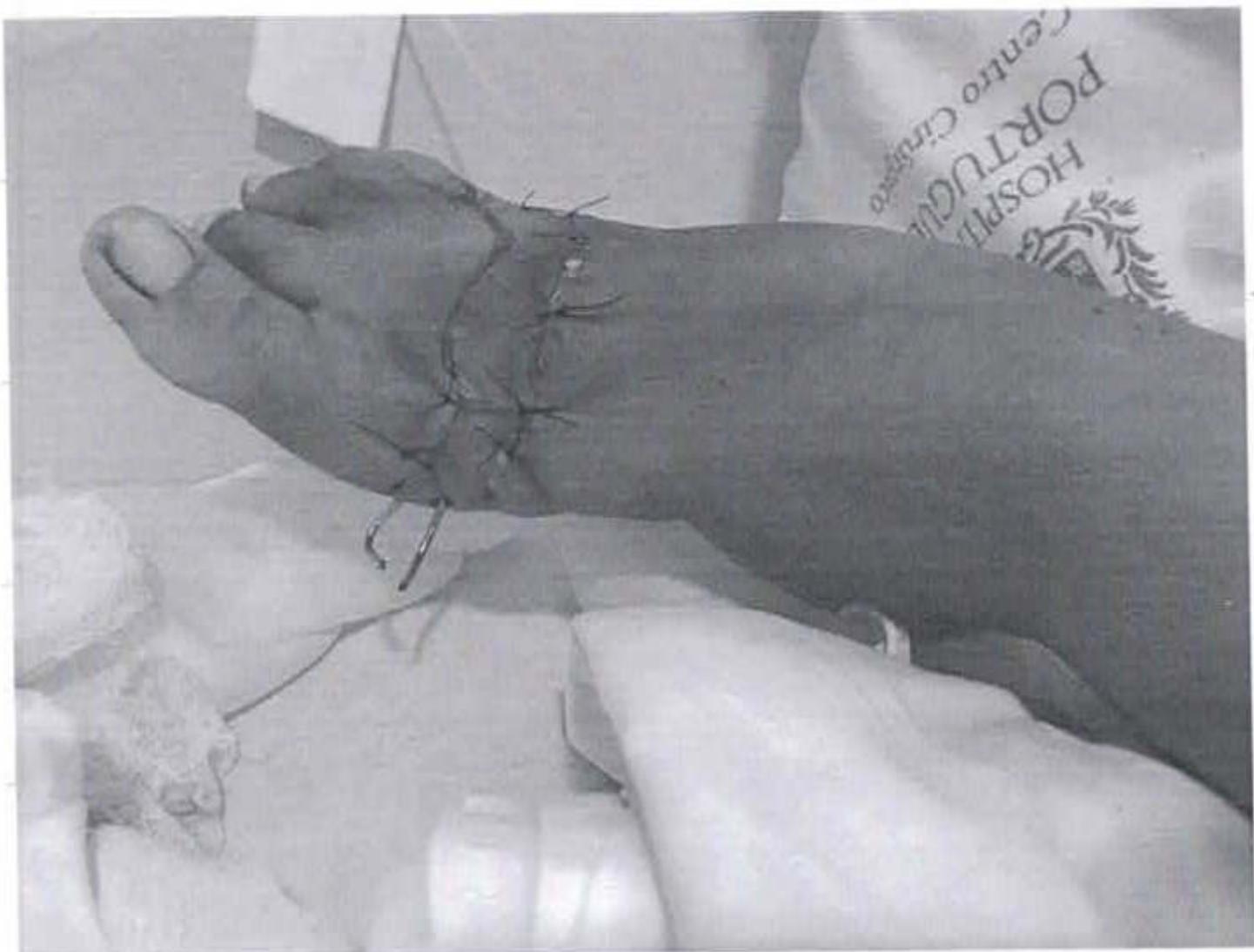
Rua da Aurora, 74175-51902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010



05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITOA

14°51'27"9

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECEP. 06



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16.000,00

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RG 00000000000000000000



05.802.494/0001-41
TRAGÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/09/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECEBE-PT

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "estendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guarda protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



2^a VIA



35975 Série 00114

Número

Am. Cláudia
Assinatura do Portador

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2009

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ANA CLÁUDIA BRUTTO DE FERREIRO
Loc. Nasc. PAULISTA / PE / 23.07.1994
Filiação PAULO HENRIQUE DE LIMA FERREIRO
LEOPOLINA LIMA DE BRUTTO
Doc. Nº

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / / / / Doc. Ident. Nº /
Exp. em / / / / / Estado /
Obs.:
Data Emissão 14/09/2015 SRTE PE

Assinatura do Funcionário
JAC/26/21

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome _____
Doc. _____
Nome _____
Doc. _____
Nome _____
Doc. _____
Nome _____
Doc. _____
Est. Civil. _____
Doc. _____
Est. Civil. _____
Doc. _____
Doc. _____
Nascimento _____
Doc. _____
Doc. _____

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1001709

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.050-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRÂNSITO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1º EST 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Viagem - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RJ
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013956436724
VIA: COD. RENAVAM: 00000000000000000000000000000000
1. 000538181770 99999999999999999999999999999999
DÉRICHO: 2018
NOME:

ADAL TONTUR TURISMO LTDA ME

RES. CONTRAN NO 310/09 99999999999999999999999999999999
PLACA: LLW2126
CHASSI: 05.824.374/0001-20
TIPO: 93PPB49P51DC046376
COMBUSTÍVEL: DIESEL

PAS/ONIBUS/NAO APLIC

MARCA / MODELO:

MARCOPOLÔ/VOLARE D99 ON

ANO FAB: 2013

ANO EXP: 2013

CAP / POT / CV:

CATEGORIA:

DON PREDOMINANTE:

31 PAS/156/ C ALUGUEL

PRATA

I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
P	PAGO	99999999999999999999999999999999	99999999999999999999999999999999
V	FADA LIVRA	PAGAMENTO / COTAS	29999999999999999999999999999999
A900147-2		99999999999999999999999999999999	39999999999999999999999999999999

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 10,00 PRÉMIO TOTAL (R\$) 10,00

R\$160,05 R\$0,62 R\$164,68

DATA DE PAGAMENTO:

LA00623744277 OBSERVAÇÕES:

2E1XDS / 99999999999999999999999999999999 / CONS BIN 21218

CRÍIXA ECONÔMICA FEDERAL

99999999999999999999999999999999 / ACESSIBILIDADE / (H) 99999999999999999999999999999999

LOCAL:

ARARUAMA SP-68

DATA:

21022018

YBAG

CONTRAN

DETAN

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19.517.9

Rua da Aurora, nº 175, S. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECE-VE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

EJ N° 013956436724 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2018	21022018
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	05.524.374/0001-20	LLW2126	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00538181770		MARCOPOLI/VGLARE DW9 ON	
ANO FAB.	CAT. TANIE	Nº CHASSI	
2013	3	93PB49P31DC046376	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$) -	
72,02	8,00	80,03	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) -	
4,15	0,62	164,82	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	*****	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.604/0001-04

302.494/0001-41
ACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19.517-9
Av. da Aurora, 19.175, SL 90156-000
Boa Vista - CEP: 59.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540330 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, FRATURA DE 1, 2 E 4 METATARSOS, DISJUNÇÃO DE SINFISE PUBICA

Descrição do exame físico: VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA, DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DE METATARSOS (FLEXÃO A 10 GRAUS), LIMITAÇÃO NA FORÇA DO PÉ, COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++++++)+. APRESENTA BLOQUEIO DE QUADRIL ESQUERDO, REALIZA FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAU MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE DAS FRATURAS, FISIOTERAPIA.

EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL ESQUERDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ DIREITO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM QUADRIL ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM QUADRIL ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540330 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, FRATURA DE 1, 2 E 4 METATARSOS, DISJUNÇÃO DE SINFISE PUBICA

Descrição do exame físico: VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA, DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DE METATARSOS (FLEXÃO A 10 GRAUS), LIMITAÇÃO NA FORÇA DO PÉ, COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++++++)+. APRESENTA BLOQUEIO DE QUADRIL ESQUERDO, REALIZA FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAU MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE DAS FRATURAS, FISIOTERAPIA.

EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL ESQUERDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ DIREITO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM QUADRIL ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM QUADRIL ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540330 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DO 1º, 2º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-DE FÊMUR DIREITO.
TRATAMENTO CIRÚRGICO-PÉ DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

1/2
6/7.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540330 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DO 1º, 2º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-DE FÊMUR DIREITO.
TRATAMENTO CIRÚRGICO-PÉ DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 1/2
6/7.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324849/19

Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

CPF: 109.851.774-11

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2018

Titular do CPF: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO : 109.851.774-11

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: 19/09/2019
Nome: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO
CPF: 109.851.774-11

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ANALIA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Steffany Caroliny Lins Veloso

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, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540330

Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Data do Acidente: 16/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

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.**

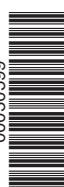
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540330

Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Data do Acidente: 16/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190540330 **Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO**

Data do Acidente: 16/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

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\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000001030

Conta: 0000042483-6

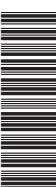
Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorno 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,



**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

Número do Sinistro: 3190540330
Nome do(a) Examinado(a): Ana Claudia Britto de Figueiredo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Bonifacio, 1141 Bl B Apt 1204
Torre Recife PE CEP: 50710-001
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8290589
Data local do acidente: [16/05/2018]
Data local do exame: [01/10/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, FRATURA DE 1, 2 E 4 METATARSOS, DISJUNÇÃO DE SINFISE PUBICA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSINTESE DAS FRATURAS, FISIOTERAPIA.

Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL ESQUERDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ DIREITO

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA, DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DE METATARSOS (FLEXÃO A 10 GRAUS), LIMITAÇÃO NA FORÇA DO PÉ, COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++++). APRESENTA BLOQUEIO DE QUADRIL ESQUERDO, REALIZA FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFÍCIT DE FORÇA GRAU MÉDIO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO DE GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ, ENCURTAMENTO DO MEMBRO, ALTERAÇÃO DA MARCHA E DA FORÇA, MÉDIO DE QUADRIL ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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

() "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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do cliente no ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
10985177411 ANA CLÁUDIA BRITTO FIGUEIREDO

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

5 - Nome completo: **ANA CLÁUDIA BRITTO FIGUEIREDO** 6 - CPF: **10985177411**
 7 - Profissão: **VENDEDORA** 8 - Endereço: **RUA JOSÉ BONIFÁCIO, BL B. PT 10401/141** 9 - Número: **65 ACÁCIA**
 11 - Bairro: **TORRE** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **50710-001**
 15 - E-mail: **9-9859-25790**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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
 REFERENCIAL
 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 OUTRAS DIRETRIZES

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)

AGÊNCIA: **1030** CONTA: **49483 6** AGENCIA: **_____** CONTA: **_____**
 (Informar o dígito se extenso) (Informar o dígito se extenso) (Informar o dígito se extenso) (Informar o dígito se extenso)

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

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

Declaro que não tenho laudo do Instituto Médico Legal (IML) que comprove a existência de invalidez permanente, ou que seja necessário para a concessão da 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 que forneço, sem prejuízo da realização de nova perícia caso seja necessário. Declaro que não tenho laudo de IML que comprove a existência de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira: 27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo:

28 - Viverá Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro-família? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34
Nº identificação
deve ser
informado
caso
beneficiário
não
apresentar
carteira
de
identidade

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - Local e Data: **Recife** 39 - 2º | Nome: **17 de Setembro de 2019** 40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Ana Cláudia Britto Figueiredo**

41 - Assinatura da testemunha: **Assinatura da testemunha, nº 175, S/Nº 0001-11** 42 - Assinatura da testemunha: **Assinatura da testemunha, nº 175, S/Nº 0001-11** 43 - Assinatura do Procurador (se houver): **RECIFE-PE**

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



05.802-494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19.01.2019

Rua da Aurora, 19. 175, SL 502 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



Ministério da Justiça e Segurança Pública

Polícia Rodoviária Federal

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18030361B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 101

KM: 83,0 - Crescente

Município: JABOATAO DOS GUARARAPES/PE

Data: 16/05/2018

Hora: 22:30

Policial responsável pelo atendimento: A. DE MELO, matrícula 1069523

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Dupla

Condição da pista: Molhada

Estrutura viária: Curva

Localidade urbanizada:

Acostamento:

Canteiro central:

Condição meteorológica: Chuva

Fase do dia: Plena Noite

NARRATIVA

NO DIA, 16/05/2018, ÀS 22:30h, NO KM 83 da BR 101 SUL, PRAZERES - JABOATÃO/PE, OCORREU UM ACIDENTE DO TIPO TOMBAMENTO, COM 04 VÍTIMAS (01 MORTA E 03 FERIDAS). O V1, ÔNIBUS MARCOPOLLO, TRANSITAVA NO SENTIDO RECIFE-CABO QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, SAINDO DO LEITO CARROÇÁVEL, COLIDIENDO NUMA PEDRA APÓS O ACOSTAMENTO, E TOMBANDO NA ÁREA DE DOMÍNIO DA UNIÃO, IMOBILIZADO SOBRE O SEU LADO ESQUERDO, E UMA VÍTIMA MORTA RESTOU IMÓBILIZADA FORA E DEBAIXO DO VEÍCULO, E MAIS UMA VÍTIMA TAMBÉM FORA E EMBAIXO DO VEÍCULO, SOCORRIDA COM LESÕES GRAVES. CONFORME CONSTATAÇÕES EM LEVANTAMENTO REALIZADO NO LOCAL, CONCLUIU-SE QUE O FATOR PRINCIPAL DO ACIDENTE FOI A FALTA DE ATENÇÃO À CONDUÇÃO DO VEÍCULO, ASSOCIADA À CHUVA E ÁGUA NA PISTA. O TRECHO REFERIDO DA RODOVIA, APESAR DE NÃO ESTAR PASSANDO POR OBRAS, SE ENCONTRA SEM ILUMINAÇÃO, COMPLETAMENTE ESCURO, E COM A SINALIZAÇÃO HORIZONTAL DAS LINHAS DIVISÓRIAS DA FAIXA DE TRÂNSITO PARCIALMENTE APAGADAS. DEVIDO A COLISÃO, O DISCO DO TACÓGRAFO FICOU INACESSÍVEL. OS PNEUS ESTAVAM EM BOAS CONDIÇÕES DE USO. O CONDUTOR SUBMETEU-SE AO TESTE DE ALCOOLEMIA, TENDO DADO COMO RESULTADO 0,00. O FATO DE VÍTIMAS TEREM SIDO ENCONTRADAS FORA DO VEÍCULO, CERTAMENTE FOI PELO NÃO USO DO CINTO DE SEGURANÇA. O SOCORRO FOI REALIZADO PELO CORPO DE BOMBEIRO. A DINÂMICA DO ACIDENTE ENCONTRA-SE REPRESENTADA NO CROQUI,

05-802-494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SERVIÇOS LTDA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18030361B01



PRF

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
2	Colisão com objeto estático	
3	Tombamento	

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO CRESCENTE

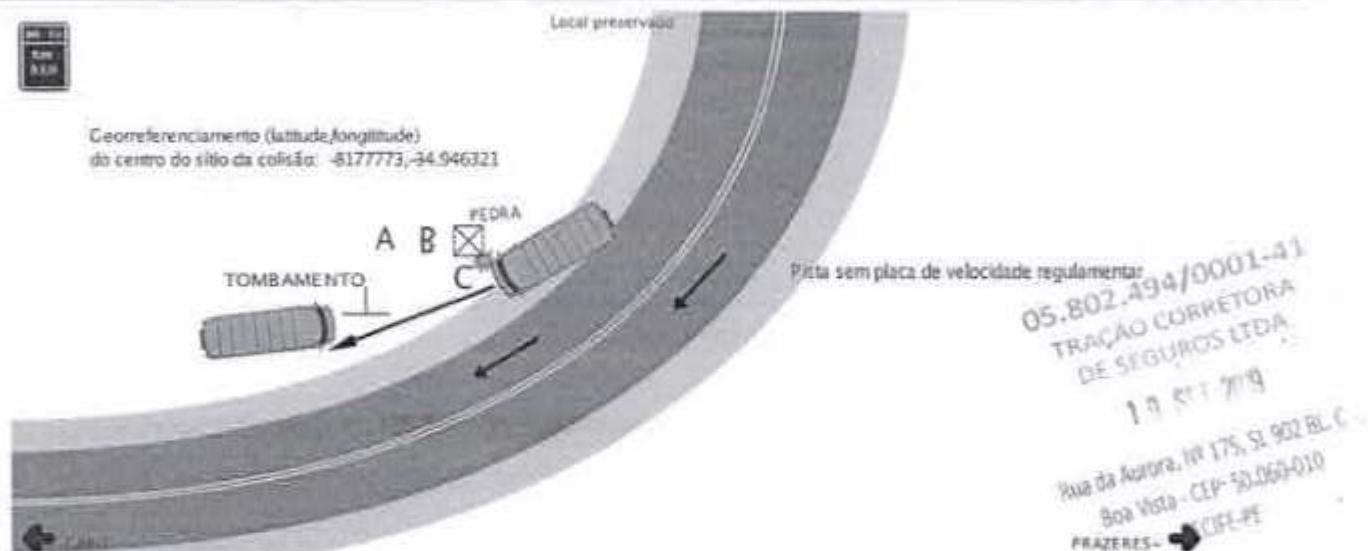


SENTO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - TRIÂNGULAÇÃO

Descrição do Ponto	X	Y
Ponto de colisão	5.1	2.8
Roda dianteira direita - LLW2126 - V1	6.8	8.1
Roda dianteira esquerda - LLW2126 - V1	6.7	7.8

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64FB751B00741627C95B09732E26C.



Assinatura
eletrônica

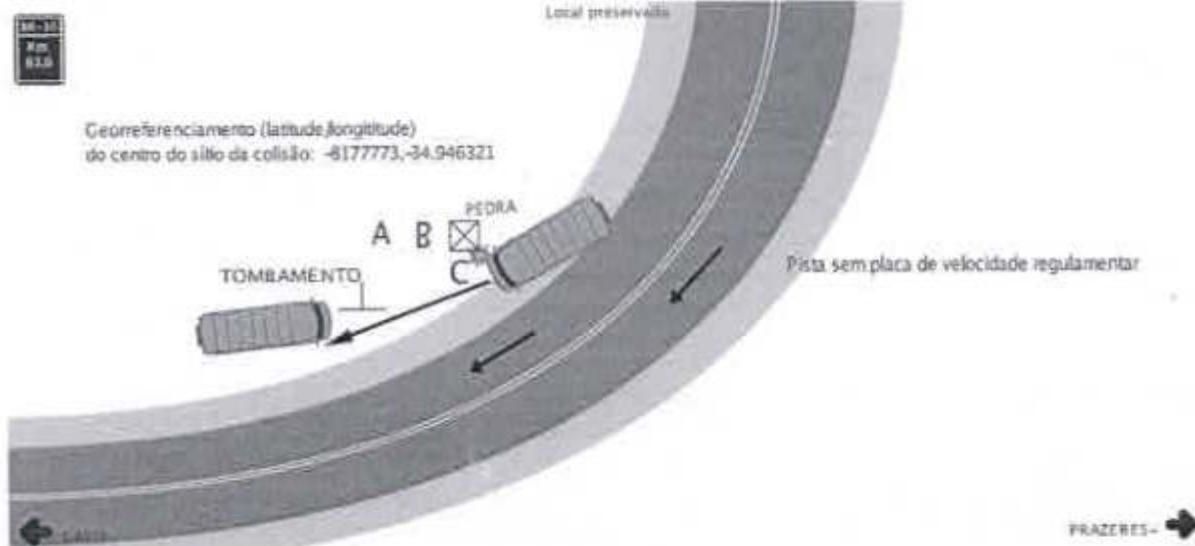


MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 SET 2019
Pasil da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



LLW2126

Placa: LLW2126 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: MARCOPOLLO/VOLARE DW9 ON/2013

Renavam: 00538181770

Chassi: 93PB49P31DC046376

Tipo de Veículo: Ônibus

Espécie/categoria: Passageiro/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: ADALTONTUR TURISMO LTDA ME

CPF/CNPJ: 05.524.374/0001-20

Endereço: , ARARUAMA/RJ

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Sem Imagem



Sem Imagem

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19/01/2019
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



Autenticação
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1 TRACIONADOR

LLW2126

CRONOTACOGRAFO

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim Presente: Inacessível

Equipamento atende à legislação:

Tempos de parada/descanso atendem à legislação:

Disco diagrama foi recolhido:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 517-9

Rua da Adora, 10175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.067-010
RS/SC/PE



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E28C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



CONDUTOR

ALEQUISSANDRO EPIFANIO DOS SANTOS

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Condutor

Nome: ALEQUISSANDRO EPIFANIO DOS SANTOS

CPF: 078.167.244-97

Data de nascimento: 20/02/1986

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Teste de etilômetro, 1903, aparelho SN 114407.

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilidade Nacional **Categoria:** D **Data primeira habilitação:** 20/05/2008

Nº Registro: 04364599645 **UF:** PE **Data de vencimento da habilitação:** 08/10/2020

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não **Resultado:** 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: AV LAURA CAVALCANTI, 0000000053, GAIBU, TEIXEIRA/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

19 311 719

Rua da Aurora, 10 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Passageiro

Nome: ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO

CPF: 109.851.774-11

Data de nascimento: 23/04/1994

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Em razão da complexidade do acidente, não foi possível coletar demais dados básicos das vítimas.

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
TRIÂNGULO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 51 71 9

Rua da Aurora, nº 175, S. 90286-000
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/CE/ME



Autenticação
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741527C95B09732E26C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1 PASSAGEIRO

JOSELIA ROSENDO LIRA

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Passageiro

Nome: JOSELIA ROSENDO LIRA

CPF: 666.418.104-53

Data de nascimento: 17/11/1970

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Em razão da complexidade do acidente, não foi possível coletar demais dados básicos das vítimas.

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 517 09

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/08/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741827C95B09732E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1 PASSAGEIRO

MICHELLE LAUREANO MATOSO

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Passageiro

Nome: MICHELLE LAUREANO MATOSO

CPF: 084.335.054-75

Data de nascimento: 26/11/1989

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Em razão da complexidade do acidente, não foi possível coletar demais dados básicos das vítimas.

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 551 779

Rua da Aurora, nº 175, Q. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Mato Grosso do Sul



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2016, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



JULIANA MARIA DA SILVA

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Passageiro

Nome: JULIANA MARIA DA SILVA

CPF: 704.530.734-92

Data de nascimento: 24/04/1999

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Morto

Usava cinto de segurança: Não

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Em razão da complexidade do acidente, não foi possível coletar demais dados básicos das vítimas.

DADOS DE CONTATO

Endereço: HERCILIA TAVARES DA SILVA

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64FB751B00741627C95B09732E26C.





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / MARCOPOLO/VOLARE DW9 ON

Placa: LLW2126

Nome do agente: A. DE MELO

Nº BOAT: 18030361B01

Matrícula do agente: 1069523

Data: 16/05/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M	X		05.802.497/0001-13 TRAILER CORRETORA DE SEGUROS LTDA X
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M			15 SET 2018
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M	X		
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M	X		Rua da Aurora, nº 175, Sl. 901-B Boa Vista - CEP: 50.000-010 RECIFE PE
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi	M			X
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi	M			X

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B0973E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
17	Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dimensão da manta: Média

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 881 777
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

7 - N° do bairro ou A.R.:

8 - CPF da vítima:

10985177411

9 - Nome completo da vítima:

ANA CLÁUDIA BRITTO FIGUEIREDO

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

13 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

RECIFE

6 - CPF:

10985177411

9 - Número:

50710-001

10 - Complemento:

ACACIA

11 - Bairro:

PE

14 - CEP:

50710-001

15 - Tel.(DDD):

81

9-9857-2790

DADOS CADASTRAIS

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:

 RECUZO INFORMAR
 CONTA CORRENTE R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.000,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

31 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 1030

CONTA: 99483 6

(Inserir o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE
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, sua eventualização, se houver, ou a realização de nova perícia pelo IML que atende a minha residência ou local de trabalho, para determinar se o resultado da perícia é permanente, de forma definitiva, ou temporária, ou se é de natureza permanente, mas transitória, ou eventual.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente VIUVO

24 - Data do falecimento da vítima:

25 - Gênero do Parentesco com a vítima:

26 - Vítima é de seu casamento?

 Sim Não

77 - Se a vítima deixou herdeiros, informar o nome completo:

28 - Vítima:

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

 Sim Nilo Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Vivos: Falecidos:

nascido/vimorcer?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

AO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 2º | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

Assinatura da testemunha

SAO CORRETORA

DI SEGUROS LTDA

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

19.811.219

Assinatura da testemunha

SAO CORRETORA

DI SEGUROS LTDA

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

40 - Local e Data:

Assinatura:

17 de Setembro de 2016

BONISTA - CEP 50.060-010

RECIFE - PE

Assinatura da Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)