

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641657

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLECIA BARBOSA DE LIMA

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

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641657

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLECIA BARBOSA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288380/19

Número do Sinistro: 3190492328

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

CPF: 070.949.894-23

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLECIA BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

CLECIA BARBOSA DE LIMA : 070.949.894-23

Autorização de pagamento

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: 13/09/2019
Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA
CPF: 070.949.894-23

CLECIA BARBOSA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288380/19

Número do Sinistro: 3190492328

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

CPF: 070.949.894-23

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLECIA BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

CLECIA BARBOSA DE LIMA : 070.949.894-23

Autorização de pagamento

Outros



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

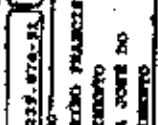
Data da entrega: 13/09/2019
Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA
CPF: 070.949.894-23

CLECIA BARBOSA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA	
ANUÁRIO FISCAL DO EXERCÍCIO		ANUÁRIO FISCAL DO EXERCÍCIO	
			
NOME COMPLETO DO INTERESSADO MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO		NOME COMPLETO DO INTERESSADO MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO	
Nº DO DOCUMENTO 055.219.876-11		Nº DO DOCUMENTO 055.219.876-11	
DATA DO NASCIMENTO 09/08/1979		DATA DO NASCIMENTO 09/08/1979	
LOCAL DO NASCIMENTO PARANÁ		LOCAL DO NASCIMENTO PARANÁ	
ENDEREÇO AV. ...		ENDEREÇO AV. ...	
CIDADE PRIMEIRO		CIDADE PRIMEIRO	
ESTADO PRIMEIRO		ESTADO PRIMEIRO	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000	
DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979		DATA DO EXERCÍCIO 31/12/1979	
VALOR DO EXERCÍCIO 0000000000		VALOR DO	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288380/19

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

CPF: 070.949.894-23

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLECIA BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

CLECIA BARBOSA DE LIMA : 070.949.894-23

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 as mesmas devem ser digitalizadas 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: 21/08/2019
Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA
CPF: 070.949.894-23

CLECIA BARBOSA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

IDENTIFICACÃO

1) REGISTRO DE OPORTUNIDADES EXPONIDAS PARA AVALIAÇÃO POR COMITÊS DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA E INOVAÇÃO
2) CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA
DO TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (COMUNICAÇÕES E LEVANT.)
3) CPE DA VITIMA (COMUNICAÇÕES E LEVANT.)
4) RELATÓRIO DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO, INCLUINDO AS LESÕES SUFICIENTES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O
TRATAMENTO REALIZADO (COMUNICAÇÕES E LEVANT.)
5) DOCUMENTAÇÃO (COMUNICAÇÕES E LEVANT.) DAS DESPESAS MEDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
6) NOTAS E FOLHAS (COMUNICAÇÕES E LEVANT.) DE AVALIAÇÃO ANATOMOPATOLÓGICA DO RESPECTIVO RECIPIENTE (COMUNICAÇÕES E LEVANT.)
7) COMPROVANTE DE RESERVAÇÃO EM NOME DA VITIMA (COMUNICAÇÕES E LEVANT.) OU DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PÚBLICA
8) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA (COMUNICAÇÕES E LEVANT.) COM DOCUMENTOS QUE
COMPROVEM A POSSE DOS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: FOLHA DE PAGAMENTO OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

[illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGULAR ASSIMILADA PARA VITIMA E RELATARIO DO MARCADO ASSINTEINTE (ORIGINAL QUE CORRESPONDE A EXISTENCIA DA INVALIDEZ RESUMIDA DE ACORDO COM A LEI DA ALTA DEFICIENCIA)

(X) SOLICITA DE ATRIBUICAO DE RESPOSTA OU AGUARDIA MORTAL (COMO SANGRES E LECIVER)

(X) COMPROMISSO DE RESOLUCAO EM JORNAL DA VITIMA (COMO SANGRES E LECIVER) OU DECLARACAO DE RESIDENCIA (ORIGINAL)

(X) AUTUACAO DE INVALIDEZ / RESOLUCAO DE INVALIDEZ (ORIGINAL DA VITIMA) COM DOCUMENTOS QUE CORRESPONDE

OS DADOS BANCARIOS, JATS COMO CORRESPONDENCIA DE ORIGEM OU CANTO BANCARIO

DATA 13/08/19
DEPARTAMENTO 465621703
ASSISTENTE OLIVEIRA, Emerson de
NOME OLIVEIRA, Emerson de
DATA 13/08/19 MATR. CORREIOS 8202



Fractura no to no zúlo



Fratura de Tomazelo



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ALFENEDIMENTO: AVENIDA D. G. DA SILVA, N.º 1000 - CENTRO C
CRIA-DO: 14/11/1997 - 15/11/1997

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 10120594 Matr/2019	
MAURICIA MARIA DA SILVA R VER. JOAO JOSE BARBOSA DE LIMA, 11, QD 29 - VILA DA CAIXA GLOR IA DO GOIATÁ - PR 55620-000 INSCRIÇÃO: 06.1.14.1.445.000 - GRUPO: 1 - DEB. AUTOMÁTICO: 0101/0594			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO 107N112737	DATA LEIT. ANTERIOR 16/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 17/06/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) M101A M10
ÁGUA: LEIT. INI: 810 CONSUMO: 3 LEIT. ATU: 813 TAXA MÍNIMA LEIT. FAT: 813			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO:			
		NÚMERO DE ANOS: 10	
PARAMETROS		EXIG. PORT. MS 2.914/11	PARÂMETROS REALIZ.
04/2019 03	TURBIDEZ	30	30
03/2019 03	COR APARENTE	30	30
02/2019 03	CLORO RESIDUAL	30	30
01/2019 03	PH	30	30
12/2018 03	CONDUTIVIDADE	30	30
11/2018 03	DETERMINAÇÃO	30	30
MÉDIA: 03			
OBS.: 1) OBTIVERAM TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS 2) DOS PARÂMETROS SUPERIORES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA 3) DOS PARÂMETROS COM TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		3,745	41,30
CONSUMO DE ÁGUA			
MÉDIA P/IMPONIBILIDADE 04/2019			0,83
JUROS DE MORA 01/2019			1,29
TOTAL			43,42
CÁLCULO		PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
1,05		0,65	
2,00		3,14	

IMPRESSO EM 12/06/2019 08:09:00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013932420496
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1047218901 RALTRC ***** EXERCÍCIO 2010

NOME
ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO

GLORIA COITA PE

CPF/CNPJ 866.239.074-91 PLACA PEA7824

PLACA ANT./UF ***** PE CHASSI 82PC15007308063

ESPECIE/TIPO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN BSO1 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP./POT./CIL 2P/149CL. CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO 1* *****
FACA/PAVA PARCELAMENTO/COTAS 2* *****
A 1 ***** 3* *****

PRÊMIO TARSÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO FACO 10 OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
AL. EID. ADM. CENS. MAC. HONDA LTDA
AL. EID. ADM. CENS. MAC. HONDA LTDA

GLORIA COITA DATA 19/02/18

Assinatura: [Assinatura] Diretor Regional de Trânsito/PE

DUT



Elcía Barboza de Lima

Feira Nova, Pernambuco, 18/04/81.
 Loc. Nasc. Est. Data.
 Filiação: Alvaro Vitor de Lima e da
 Alameda Brasileira de Lima
 Doc. nº CM - 11.892.F05 714.V.A-12 Feira Nova PE

Chegada ao Brasil em / / Prog. Ident. nº.....
Exp. em / / Estado

Obs.

Data Emissão 04/08/97 DRT FERIA, MARIA PE

மாண்புமிகு

Assinatura do Funcionário: **Flávia Coêlho da Silveira**

Nome _____

 Doc. _____

 Nome _____

 Doc. _____

 Nome _____

 Doc. _____

 EsL Civil _____

 Doc. _____

 Est. Civil _____

 Doc. _____

 Nascimento _____



ՕՋԵՃՅԱՆՈՒՄՅՈՒՆ ԵՄ ՀՕՆԱՅԱԿՈՐ

Cláudia Barbosa de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO PORTADOR

1.º - O novo companheiro os perigos que o cercam
2.º - A segurança é uma lição que deve ser apreciada, para
3.º - O trabalho tem uma causa que é preciso ser pesqui-
4.º - Para a sua repetição.
5.º - Se for acidentado, procure logo o socorro médico
6.º - Não deixe que "entendidos" e "curiosos" con-
7.º - Para o agravamento de sua lesão.
8.º - Se não é electricista, não se meta a fazer serviços de
9.º - Eletricidade.
10.º - Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de
11.º - Um acidente, amanhã será tarde demais.
12.º - As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve res-
13.º - Peli-las.
14.º - Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de
15.º - Seus mestres e chefes.
16.º - Conheça sempre as regras de segurança da seção onde vo-
17.º - Cê trabalha.
18.º - Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes
19.º - Pela distração.
20.º - Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartaz-
21.º - zes e avisos sobre prevenção de acidentes.
22.º - Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fa-
23.º - zem parte do seu uniforme de trabalho.
24.º - Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos
25.º - Seus lugares.
26.º - Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-
27.º - la.
28.º - Não se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use
29.º - Os recursos de protecção adequados a seu serviço.
30.º - Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de
31.º - Extinção de fogo existentes em seu local de trabalho. Você
32.º - Não se precisa de usá-los algum dia.

ANEXEIO II

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALARIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Convênio

What's New

Número 055355 Self 000047

Abstract

000047

055355

055355



RECEITA FEDERAL DO BRASIL
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

070.949.894-28

Nome

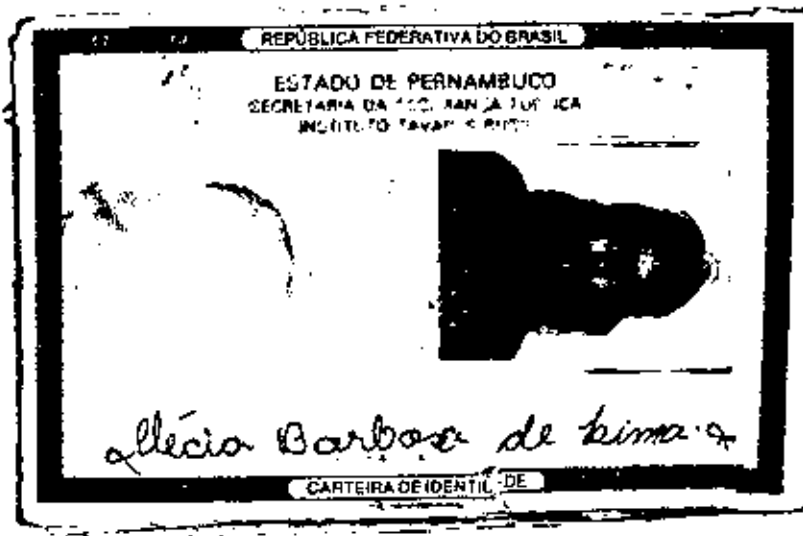
ELIENAI CARACOSTA DE LIMA

Nascimento

04/04/1991

Documentos de Identificação





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 5621703

NOME
Alécio Barbosa de Lima

DATA DE NASCIMENTO
18/06/1911

NATURALIDADE
Pernambuco

DOC. ORDEM
11.000.1. A-10.000

ASSINATURA
Alécio Barbosa de Lima

LEI Nº 7.116 DE 20/06/63



Secretaria Municipal de Saúde

Documentação médica - hospitalar



FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 16/08/13 Hora da Chegada: 16 04 Hora da Saída: _____
Nome: Clécia Barbosa de Lima Registro Nº 272.627
Data de Nascimento: 18/07/81 Idade: 32a Cor: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
Nome da Mãe: Maide 93ª de Lima
Endereço: R. Gamakusa Nº: _____ Bairro: _____
Naturalidade: Juazeiro do Norte - PE Responsável: A. Quirino

Função: _____
H.D.A.: Queixa de dor no abdômen com febre e vômito há 2 dias. Trauma no pé direito há 1 dia. Edema no pé direito.

EXAME FÍSICO

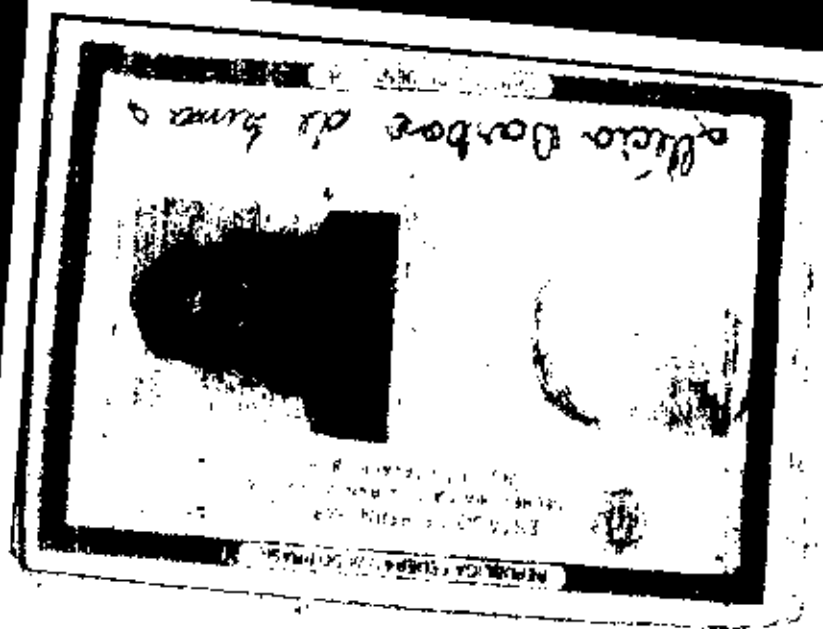
Pressão Arterial: 60 x 30 mmHg; HGT: _____ mg/dL Temperatura: _____
Pulso: _____ bpm Peso: _____ kg SpO₂: _____ %
Diagnóstico: ANS

PRESCRIÇÃO

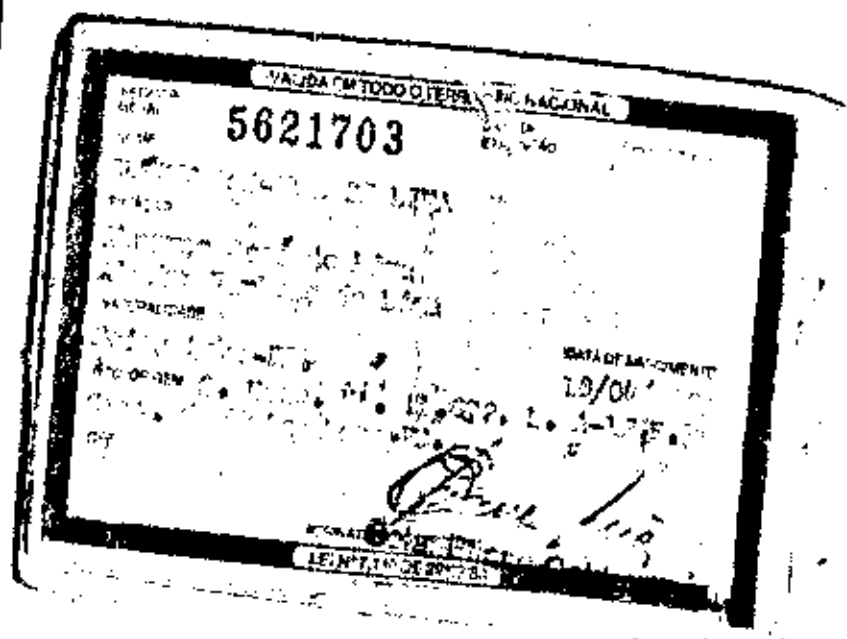
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

<u>10h</u>	
<u>Clonazepam - 5mg - 23 2555</u>	
<u>Clonazepam 2mg 1x 10</u>	
<u>1x 10</u>	

Bartirio Braz
Médico
R. 1111111111



Documentos de Identificación





CONSELHO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO
Secretaria de Recursos Humanos

CPIE

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

070.849.894-23

Nome

OLECIA BARBOSA DE LIMA

• Nascimento

18/04/1984



Secretaria Municipal de Saúde
Receituário

Documentação médico-hospitalar



Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Registro nº: _____

Clinica: _____

Enfermaria: _____

Atesto para os devidos fins e
outros, que a foram აღმწერ
citados encontram-se liberados.
A mesma sofreu acidente de
moto em 16.08.18 e encon-
trou-se sem possibilidade de realizar
suas atividades pro fisioterail

CID 10 - M19.1
S93.4K

Zenilto Miranda
Médico - C.R.M. 10.425

Data: ____/____/____

MÉDICO



Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 16/08/18 Hora da Chegada: 16 04 Hora da Saída: _____
Nome: Clécia Barbosa de Lima Registro Nº 272.527
Data de Nascimento: 18/09/81 Idade: 37a Cor: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
Nome da Mãe: Alaide P. de Lima
Endereço: R. Gameteira Nº: — Bairro: _____
Naturalidade: Leiria Nova - PE Responsável: A mesma

Fone: () _____

H. D. A.: Queixa de mal de cabeça com insucesso no
tratamento com analgésicos no pó F 1 +
Quoragac no pó D.
MIÉ edema no pó F

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 160 x 100 mmHg: HGT: _____ mg/dL Temperatura: _____ °C
Pulso: _____ bpm Peso: _____ kg SpO₂: _____ %
Diagnóstico: HAS

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

1000
Oxapedia - ST: 23 2599
Capoten 25mg 1q 10
1374 40'

Bartira Braz
Médica
pelo Colégio B.C.

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 53050-802
CNPJ 10.833.832/0001-08 | Tel.: (083) 443-81 | www.cepel.com.br

RUA JOSÉ MAURÍCIO DA ROCHA 16

VILA DA CAIXA GLORIA DO GOITA
GLORIA DO GOITA PE
55620-000

071524187	CRECA	28/07/2019
28/07/2019	2002113122	1214535

1743300021	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO DO TÍTULO
05/08/2019	28/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	130,94

Consumo Amarelo (Vv)
Acréscimo Bimestre: AMARELA
Consumo Rural Público Municipal
ICMS Subvenção: C/D E-Nº 060853/49-2805/11R
Sócio: ITAIPU - nº 1 de Lei 10 439/2007

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
153,00000000	0,78963095	119,81
		7,85
		7,85
		1,03
		-0,27

130.64

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	Consumo (m³/mês)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0700000	CA1	31-05-2018	07360	26-07-2018	1800/00	21	9,52222		180,00

HISTORICAL OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 18 70			
MAR 18 0			
APR 18 0			
MAY 18 0			
JUN 18 0			
JUL 18 0			
AUG 18 0			
SEP 18 0			
OCT 18 0			
NOV 18 0			
DEC 18 0			
JAN 19 0			
FEB 19 0			
MAR 19 0			
APR 19 0			
MAY 19 0			
JUN 19 0			
JUL 19 0			
AUG 19 0			
SEP 19 0			
OCT 19 0			
NOV 19 0			
DEC 19 0			

COMPARISON OF ECONOMIC INFORMATION ON PROJECTS

MONTHS 1990	NUMBER OF PROJECTS	%	NUMBER OF PROJECTS
JUL 19 153			
AUG 19 0			
SEP 18 153			
OCT 18 0			
NOV 19 0			

[illegible]

2. **CONTACT INFORMATION**
 For the purpose of this survey, please provide your contact information. This information will be used to contact you if you are selected for a follow-up interview. Your information will be kept confidential and will not be shared with anyone else.

MUNICÍPIO DE FORTALEZA DO SÍTIO DE BRASÃO					MUNICÍPIO DE FORTALEZA DO SÍTIO DE BRASÃO		
CONCEITO	VALOR ANUALIZADO (R\$ 100,00)	VALOR ANUALIZADO (R\$ 100,00)	VALOR ANUALIZADO (R\$ 100,00)	VALOR ANUALIZADO (R\$ 100,00)	VALOR ANUALIZADO (R\$ 100,00)	VALOR ANUALIZADO (R\$ 100,00)	
100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

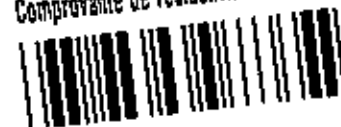
Fonte: Dados do IBGE, 2000.

COMIDA CONTRATO	FECHADO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
12/3/2018	07/2018	05/08/2019	130,94

83800000001-7 30940011001-9 74330002110-9 14092202863-2



Comprobante de residencia



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradonalider.com.br ou entre em contato através da

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 121

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022

Declaração do proprietário do veículo



Eu, Adelino Francisco do Nascimento
RG nº 4665857, data de expedição 23/09/91
Órgão S.S.P, portador do CPF nº 866.239.074.91
com domicílio na cidade de Glória do Goitá, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua João Barbosa de Lima, nº 29
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Elisvia Barbosa de Lima, cujo o condutor era
Elisvia Barbosa de Lima
Veículo: Moto Modelo: Honda CG150 Fun CM Ano: 2015
Placa: PEA 7824 Chassi: 9C2KC1680FR300063
Data do Acidente: 16/08/2018

Local e Data: Glória do Goitá - 12.08.2019

Adelino Francisco do Nascimento
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE GLÓRIA DO GOITÁ
Titular: KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA
Telefone: (81) 3658-2168

Reconheço a(s) firma(s) de ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO por AUTENTICIDADE. Emolumentos R\$ 3,99; TSNR R\$0,80. Glória do Goitá/PE, 12/08/2019 Em testemunho da Verdade. Dou Fé. KLÉSIA CARLA DE MENDONÇA - TABELIÃ.

Selo: 0159533.YPT08201902.00083 12/08/2019 15:33:01
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Secretaria Municipal de Saúde
Receituário

Documentação médico-hospitalar



Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Registro nº: _____

Clinica: _____

Enfermaria: _____

Atesto para os devidos fins e
outros, que a foram აღმონ
citados, encontram-se liberados.
A mesma sofreu acidente de
moto em 16.08.18 e encon-
tra-se sem possibilidade de realizar
suas atividades pro fisioterail

CID 10 - M19.1
593.4K

Zenilto Miranda
Médico - C.R.M. 3
CRM 10.425

Data: ____/____/____

MÉDICO



Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 16/08/18 Hora da Chegada: 16 04 Hora da Saída: _____
Nome: Clécia Barbosa de Lima Registro Nº 272.527
Data de Nascimento: 18/09/81 Idade: 37a Cor: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
Nome da Mãe: Alaide P. de Lima
Endereço: R. Gameteira Nº: _____ Bairro: _____
Naturalidade: Feira Nova - PE Responsável: A mesma

Fone: () _____

H. D. A.: Queixa de mal de cabeça com insônia no
último 2 a 3 dias no pós F 1 +
Quoracina no pós D.
MIÉ edema no pós F

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 160 x 100 mmHg: HGT: _____ mg/dL Temperatura: _____ °C
Pulso: _____ bpm Peso: _____ kg SpO₂: _____ %
Diagnóstico: HAS

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

100%
Osteopatia - DT: 23 2599
Capoten 25mg 1x 10
13/4 40'

Berthia Braz
Médica
pelo número 6116

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO MUNICÍPIO DE FEIRA NOVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Bel. NICODEMOS FERREIRA DE BARROS - Oficial
COSMA MARIA DE SANTANA - Substituta

NASCIMENTO N.º 10.000

CERTIFICO que no livro número 10 de Registro de Nascimento, deste Cartório às folhas 21 sob o número 10.000 foi lavrado hoje o Registro de

nascido no dia Dezembro 15 de 1957 às 10 horas, em Feira Nova

do sexo masculino filho de Antônio José de Almeida e Maria do Carmo

ambos casados, e Antônio José de Almeida e Maria do Carmo são avós paternos e maternos

Foi declarante Antônio José de Almeida

Testemunhas Antônio José de Almeida e Maria do Carmo

Observações:

O referido é verdade e dou fé

Feira Nova, 15 de Dezembro de 1957



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 070.949.814.23 4 - Nome completo da vítima: Clécia Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Clécia Barbosa de Lima 6 - CPF: 070.949.814.23
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua José Maurício de Rêgo 9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila da Caixa 12 - Cidade: Glória do Góia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55620-000
15 - E-mail: jc6467713@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81-993359319

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: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (194)

AGÊNCIA: 3536 013 CONTA: 14778 02

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura do beneficiário ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Glória do Góia, 12.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANCA



4392 6719 1565 7296

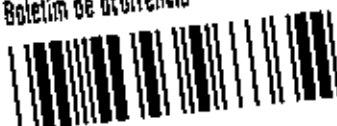
CLECIA BARBOSA DE LIMA

3536 013 00014778-2 10/24

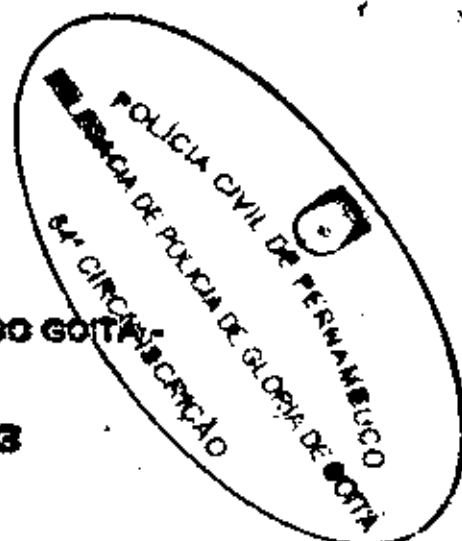
VISA

Electron

Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ
DP64ªCIRC DINTERM 2ªDESEC**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000013

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/01/2019 às 08:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuidoso (Consumado) que aconteceu no dia 18/8/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO GOITÁ, 1, BARRIO NOVA GLÓRIA, GLÓRIA DO GOITÁ - Bairro: NOVA GLÓRIA - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO (OUTRO)
CLÉCIA BARBOSA DE LIMA (VÍTIMA)**

RECEBIDO

15 AGO 2019

Seguradora Líder DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CLÉCIA BARBOSA DE LIMA

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

CLÉCIA BARBOSA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ALAIDE BARBOSA DE LIMA Pat: ALBERES JOSÉ DE LIMA Data de Nascimento: 18/8/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO GOITÁ, 308, RUA GAMBELRA, 308, NOVA GLÓRIA, GLÓRIA DO GOITÁ - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO Pat: SEVERINO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 08/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

01 (UMA) MOTOCICLETA HONDA CONGO TITAN (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): CLÉCIA BARBOSA DE LIMA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Placa: PEAT824 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Registro: 104711890

[illegible]

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБЪЕДИНЕНИИ

АДРЕСОВ АНН ХЕНТОН ВЕББ

[illegible]

AIDED WITH THE GREAT SUN , (CHRISTIANITY AS OFFERING AN OBSCURE

(e) **உதவித் துறை (e) க்கான ஒதுக்கீடு**

[illegible][illegible]

(e) job title (e) job description (e) job duties

066111401 : MEMBER (QUALIFIED) ADDRESS LABEL

Ano Fabricação/Ano: 2016/2016

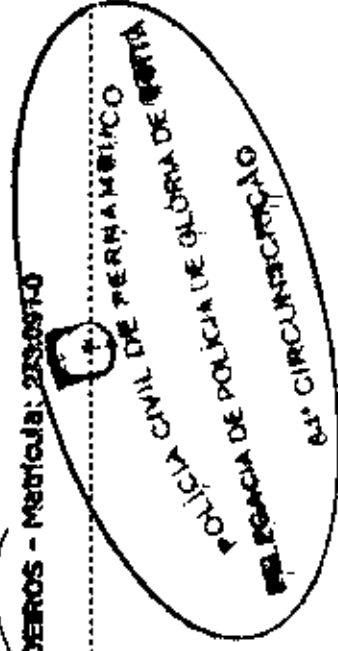
Complemento / Observação

.....
SEGUNDO A VÍTIMA, ESTA TRANSTAVA POR UMA DETERMINADA RUA DO BARRIO NOVA GLÓRIA QUANDO FOI DESVIAR DE UMA OUTRA PESSOA QUE TRANSTAVA PELA CONTRA-MÃO DA VIA, POR CONTA DA MANEIRA ERUÇA, A VÍTIMA VEO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR NO CHÃO, SOFRENDO LERÕES NA ALTURA DO PÉ ESQUERDO. A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL LOCAL. POR FIM DECLINOU QUE NÃO SABE IDENTIFICAR A CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO. NADA MAIS DISSSE.

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

CLÉCIA BARBOSA DE LIMA
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: NATHAN JOSÉ DE OLIVEIRA MEDEIROS - Matrícula: 233.051.0



81053105 XEROGRAPHIC COPY NO. 37 OF A

တို့နှင့်အညီ အောက်ပါအတိုင်း နေရာချထားရမည်။

[illegible]

15010g ebbolnu elear etnereq (2)50000g (2)500 eynutnizaa

ALL SO A208RAB ALCÉJ3
(AMITIV)

0-780295 : BLUEWAVE - 20884DEM ASLEWLO ED E2OL NANTAN :780 obvdfper . O.B

ATO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA:

Prontuário: 172106

CNS: 200644304260003

Idade: 37 Anos 3 Meses 29 Dias

Sexo:

FEMININO

Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA

End.: RUA GAMILEIRA

Município: GLÓRIA DO GOITÁ

Mãe: ALAIDE BARBOSA DE LIMA

Profissão:

Nº:

Nascimento: 18/04/1981

Bairro: CENTRO

Nac.: BRASILEIRA

Pai: ALBERTIS JOSE DE LIMA

Responsável:

Est.Civil:

CEP:

55620000

Doc nº:

5621703

Tel.:

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

16/08/2018 16:57 99706

ORTOPEDIA

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Dores em MMII há
02 horas "Queda de
Mão" manobras
em queixo direito.
Lembrete tornozelos.

TRATAMENTO:

1000 morfina
A 7 N.E.
M/painel

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

Mus Y. tornozelos DAE

Anter. tornozelo S43.11

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA

☒ INTERNO

JUSTIFICATIVA:

Para func.

☐ CURATIVO

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO

☐ ESP

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. B-SICA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO CRM

HORÁRIO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

RECEPCIONISTA:

ROSANGELA DE OLIVEIRA FERREIRA

DATA: 16/08/2018 16:57:12

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190492328 3 - CPF da vítima: 070.949.89423 4 - Nome completo da vítima: Clécia Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Clécia Barbosa de Lima 6 - CPF: 070.949.894.23
7 - Profissão: Fiscal de Loja 8 - Endereço: Rua Maurício da Rocha 16 Casa
9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila da Coixa 12 - Cidade: Glória do Góia 13 - Estado: GO 14 - CEP: 55620-100
15 - E-mail: silvamarcos064@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 81.93359319

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3536 073 CONTA: 14778 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1ª | Nome:

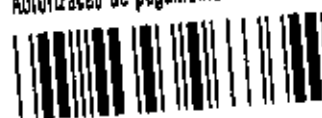
CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Autorização de pagamento



40 - Local e Data:

Glória do Góia 30.08.19

Clécia Barbosa de Lima

1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 070.949.814.23 4 - Nome completo da vítima: Clécia Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Clécia Barbosa de Lima 6 - CPF: 070.949.814.23
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua José Maurício de Rêgo 9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila da Caixa 12 - Cidade: Glória do Góia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55620-000
15 - E-mail: jc6467713@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81-993359319

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: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (194)
AGÊNCIA: 3536 013 CONTA: 14778 02 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - (Assinatura do declarante)
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Glória do Góia, 12.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANCA



4392 6719 1565 7296

CLECIA BARBOSA DE LIMA

3536 013 00014778-2 10/24

VISA

Electron

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: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLECIA BARBOSA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000014778-2

Nr. da Autenticação 616FDCEFC8155076

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402714/19

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

CPF: 070.949.894-23

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLECIA BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CLECIA BARBOSA DE LIMA : 070.949.894-23

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA
CPF: 070.949.894-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

CLECIA BARBOSA DE LIMA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190641657

Cidade: Glória do Goitá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

Data do acidente: 16/08/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO COM LESAO LIGAMENTAR

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (LIMITADA EM APROX 15 GRAUS)

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO DA LESAO EVOLUINDO COM EDEMA RESIDUAL E FIBROSE TALOFIBULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/12/2019

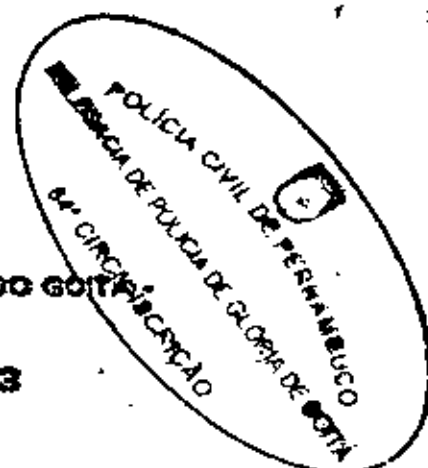
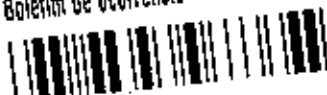
Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 6ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ
DP6ªCIRC DINTERIM 2ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0154000013

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/01/2019 às 08:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa (Consumado) que aconteceu no dia 18/8/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MURCIPIO DE GLÓRIA DO GOITÁ, 1, BARRIO NOVA GLÓRIA, GLÓRIA DO GOITÁ - Bairro: NOVA GLÓRIA - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO (OUTRO)
CLÉCIA BARBOSA DE LIMA (VÍTIMA)**

RECEBIDO

15 AGO 2019

Seguradora Lider DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CLÉCIA BARBOSA DE LIMA

Qualificação do(a) pessoa(s) envolvida(s)

CLÉCIA BARBOSA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mbr: ALAIDE BARBOSA DE LIMA Pat: ALBEREC JOSÉ DE LIMA Data de Nascimento: 18/4/1981 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residência: MUNICIPIO DE GLÓRIA DO GOITÁ, 308, RUA GAMBELERA, 308, NOVA GLÓRIA, GLÓRIA DO GOITÁ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mbr: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 18/1/1980 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mbr: MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO Pat: SEVERINO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 08/10/1976 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

01 (UMA) MOTOCICLETA HONDA CONISO TITAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): CLÉCIA BARBOSA DE LIMA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CGO 160 Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: **PEAT824 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 104711890**

DESA: DEUSSE (BENEFICIARIO MORTUO) BENEFIC: 101341200

COL: BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 CATEGORIA: BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)

INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)

INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)

COL: BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)

INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)

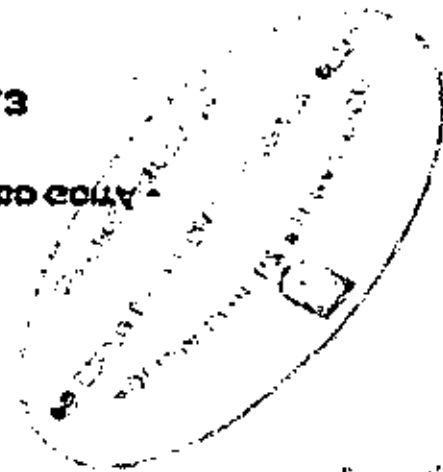
INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)

INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)

INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)
 INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE) DO: INSCRICAO DO BIELM - OBRIGADO. 1 (PILARDE)

BOLEIM DE OBRIGACAO N: 1013412000013

DELEGACIA DE POLICIA DA ORA, CIRCUNSCRICAO - OBRIGADO DO BIELM -
 POLICIA CIVIL DE BENEFICIARIO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 COLEGIO DO ESTADO DE BENEFICIARIO



Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

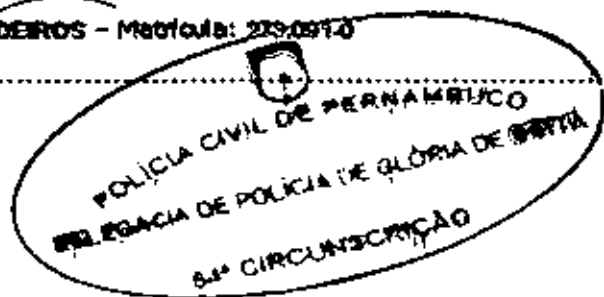
Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, ESTA TRANSITAVA POR UMA DETERMINADA RUA DO BARRIO NOVA GLÓRIA QUANDO FOI DESVIADA DE UMA OUTRA PESSOA QUE TRANSITAVA PELA CONTRA-MÃO DA VIA, POR CONTA DA MANOEIRA BRUSCA, A VÍTIMA VEO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR NO CHÃO, SOFRENDO LESÕES NA ALTURA DO PÉ ESQUERDO. A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL LOCAL. POR FIM, DECLINOU QUE NÃO SABE IDENTIFICAR A CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO. NADA MAIS DISSER.

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

CLÉCIA BARBOSA DE LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *medeiros* NATHAN JOSE DE OLIVEIRA NEDEROS - Matrícula: 223.0910



Complaints \ Op28v530

Abstract

B.O. expedido por: NATHAN JOSE DE OLIVEIRA MEDeiros - Matrícula: 573.084-0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO MUNICÍPIO DE FEIRA NOVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Bel. NICODEMOS FERREIRA DE BARROS - Oficial
COSMA MARIA DE SANTANA - Substituta

NASCIMENTO N.º 10.000

CERTIFICO que no livro número 100 de Registro de Nascimento, deste Cartório de folhas 20 sob o número 10.000 foi lavrado hoje o Registro de

nascido no dia 20 de Maio de 1950 da mulher Maria do Carmo

As 10 horas, em Feira Nova do Estado de Pernambuco

do sexo masculino filho de João e Maria do Carmo

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

seus pais, os quais se encontram vivos e solteiros de idade 30 e 25 anos, respectivamente, nascidos em Feira Nova do Estado de Pernambuco

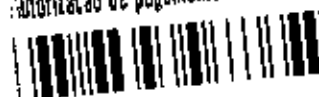
O referido é verdade e dou fé

Feira Nova, 20 de Maio de 1950



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

autorização de pagamento



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

2 - Nº do documento ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.949.814.23 4 - Nome completo da vítima: Clécio Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Clécio Barbosa de Lima 6 - CPF: 070.949.814.23
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua José Maurício de Azevedo 9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila da Caixa 12 - Cidade: Glória do Gostoso 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55620-000
15 - E-mail: lc6467713@gmail.com 16 - Tel (DDD): 81-993359319

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POLPANÇA (Somente para os bancos citados. Anexar uma cópia)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3536 PA CONTA: 14778 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (embrião)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a roça/pedido: 35 - Nome legível de quem assina a roça/pedido: 36 - CPF legível de quem assina a roça/pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a roça/pedido:

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Glória do Gostoso, 12.08.19

X Clécio Barbosa de Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **3190492328** 3 - CPF da vítima: **070.949.89423** 4 - Nome completo da vítima: **Clarice Barbosa de Lima**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **Clarice Barbosa de Lima** 6 - CPF: **070.949.89423**
7 - Profissão: **Fiscal de Loja** 8 - Endereço: **Rua Mouricão da Rocha** 9 - Número: **16** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Vila da Coixa** 12 - Cidade: **Gloria do Grito** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55620-100**
15 - E-mail: **silvamarcus064@gmail.com** 16 - Tel. (DDD): **81-93359319**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO. ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: **(3536) 013** CONTA: **14778** (2)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **000** CONTA: **000**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou noscuro (ou noscra)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impresão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____ CPF: _____
39 - 2º | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Gloria do Grito - 30.08.19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do registro ou ASL: 2 - CPF da vítima: 070.949.814.23 4 - Nome completo da vítima: Clécio Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Clécio Barbosa de Lima 6 - CPF: 070.949.814.23
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua José Maurício da Rocha 9 - Número: 18 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila da Coque 12 - Cidade: Glória do Góia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55620-000
15 - E-mail: jc6467713@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81.9933.59319

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3536 PAI CONTA: 14778 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo no nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a roga/pedido: 35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido: 36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Glória do Góia - 12.08.19

42 - Assinatura da Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**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: 3190641657
Nome do(a) Examinado(a): Clecia Barbosa de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Jose Mauricio da Rocha, 16
VI da Caixa Gloria do Goita PE CEP: 55620-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5621703
Data local do acidente: [16/08/2018]
Data local do exame: [09/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO COM LESAO LIGAMENTAR

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

Complicações: NENHUMA

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO (LIMITADA EM APROX 15 GRAUS)

- IV. Nexo de casualidade: 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:

DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO.

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):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☒ (X) 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

- 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. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641657

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLECIA BARBOSA DE LIMA

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\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: CLECIA BARBOSA DE LIMA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000003536

Conta: 0000014778-2

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

