

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: 16/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIANE SAMARATTI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 00000029877-5

Nr. da Autenticação B36EC533EEC58BF4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200064670 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS **Data do acidente:** 06/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA A DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), COM APOIO DE MULETAS CANADENSES, FORÇA MUSCULAR DA PERNAS E PÉ DIMINUÍDA (++/+5), CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE PROXIMAL DA TÍBIA, EDEMA EM FORMA DE BOTA, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO. DOR E BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO JOELHO E DO TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, TORNOZELO E PÉ.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 90°
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 30°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos De Oliveira Rosa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.625, 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eduane Samorat, Penha, 205, Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.346.275, 92

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Eduane Samorat, Penha, 205,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.346.275, 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Das Silas</u>	Número:	<u>317</u>	Complemento:	<u>Rosa - 1</u>	
Bairro:	<u>Cilas</u>	Cidade:	<u>Torre - Bahia da Glória</u>	Estado:	<u>SE</u>	
E-mail:	<u>Marcondigloria@gmail.com</u>				CEP:	<u>49680-000</u>
					Tel.(DDD):	<u>79-99918-9202</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória 11/08/2018

por escrito de José Marcos De Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

No. DO BE: 729508

DATA: 06/11/2019 HORA: 16:07 USUARIO: RAJESUS

CNS:

SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS DOC...: 24941433
 IDADE.....: 30 ANOS NASC: 26/02/1989 SEXO...: FEMININO
 ENDERECO....: AV 26 DE SETEMBRO NUMERO: 1275
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: BRASILIA
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
 NOME PAI/MAE.: EDNALDO ALVES DOS SANTOS /MARIA DO SÓCORRO P DE LUNA
 RESPONSAVEL...: O IRMAO
 PROCEDENCIA...: NSA SRA DA GLORIA - SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEICULO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: Paciente chegou ao PS ^{nao} ^{de} ^{reclamando} DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ^{1/1/1}
 pelo SAMU ^{relato} de mobilidade, relatando queda de moto com uso de capacete. Neve: emer-
 pido de consciousness, amnese lacunar.
 EV: A: VAP, sem cedugela, B: Ecume com exponibilidade simétrica, C: Hemodinamicamente estável, D:
 GCS-PIS E: Edema e inchaço do dorso da perna (D).
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Por gentileza, use capote de chumbo

Dr. Aloisio Soares Santos
Gabinete Geral
06/11/2019

DIAGNOSTICO: sobre abdome. Pode não saber responder a respeito de possíveis gestações. CID: Dr. Aloisio Soares Santos
PRESCRIÇÃO: Dr. Aloisio Soares Santos
Gabinete Geral
06/11/2019

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Rx nérve traum. (tórax AP + Pele AP + Perineal AP + P + braço)
- 2) Rx Perna (D) (AP+P) + Joelho (D) (AP+P)
- 3) Soluto analgésico da Ortopedia
- 4) À disposição para novos analgésicos

Dr. Aloisio Soares Santos
Gabinete Geral
06/11/2019

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

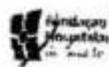
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Ediane Samarati Pereira dos Santos
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Ribbit: predilecto

Edison Sommaruga Pernici
de Sinter Drei, 30 cm.,
incontra' in un pa' - operario
de fabbrica di pene ♂ (lunghe-
zza 21111119).

CIB: 582

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200

Dr. Ayrton Melo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 3837 - TEF/TH 13858

12112117





**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Ediane Samarati Pereira (nacionalidade) Brasileira, (profissão) Dançarina, portador da cédula de identidade RG nº 2494143-3, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 051.346.275-92, residente na (endereço completo) Rua F nº 67, na cidade de N. Gr. Da Glória (UF) SE, CEP 019.680-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos D.O. Ribeiro (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço completo) Rua Dos Guilem, na cidade de N. Gr. Da Glória, (UF) SE, CEP 019.680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Ediane Samarati Pereira dos Santos, junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Gr. Da Glória 18-12-19

(assinatura) Ediane Samarati Pereira dos Santos
(RG) 2494143-3

RECONHECIMENTO:

Reconheço por autenticidade a firma indicada de EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS que confere o padrão reg. neste serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 18 de dezembro de 2019.

Anne Crisâle Santana Gomes (Fazendista)
18/12/2019 15:47:40 Valor Total R\$ 9,84
Selo TJSE: 201929674028434, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x9JFTTD>



AA044743

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064670

Vítima: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

Data do Acidente: 06/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064670

Vítima: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

Data do Acidente: 06/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

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.

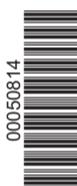
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 20 de Março de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200064670**

Vítima: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

Data do Acidente: 06/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

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\$ 4.725,00

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

Recebedor: EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000029877-5

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

051.346.275-92

4 - Nome completo da vítima:

Eduane Samanote Pereira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Eduane Samanote Pereira dos Santos

6 - CPF: 051.346.275-92

7 - Profissão:

Lanuadra

8 - Endereço:

Rua F

9 - Número: 6+

10 - Complemento: Eda

11 - Bairro:

Bla Vista

12 - Cidade:

Br. Sra Da Glória

13 - Estado: SE

14 - CEP: 49.680-000

15 - E-mail:

marcosdegloria@gmail.com

16 - Tel.(DDD): 79.998-9207

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA* | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3303

CONTA: 29877 5

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Víviro |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|---------------------------------|

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos, informar

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nasceu(na morte)?

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim pais/avós vivos? Não

Vivos:

Falecidos:

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Ediane Samanote Pereira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 3200064670
Nome do(a) Examinado(a): Ediane Samarati Pereira dos Santos Dias
Endereço do(a) Examinado(a): Rua F, 67 Casabela Vista
Centro Nossa Senhora da Gloria SE CEP: 49680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2494143-3
Data local do acidente: [06/11/2019]
Data local do exame: [14/02/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE DIÁFISE PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA A DIREITA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA COM 01 PLACA E 06 PARAFUSOS

Complicações: BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO JOELHO, TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS

Data da Alta: 23/11/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), COM APOIO DE MULETAS CANADENSES, FORÇA MUSCULAR DA Perna E PÉ DIMINUÍDA (++/+5), CALO OSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE PROXIMAL DA TÍBIA, EDEMA EM FORMA DE BOTA, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO. DOR E BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO JOELHO E DO TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, TORNOZELO E PÉ, RESTRIÇÃO AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 90° AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 30°

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

Sim Não

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

Sim Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

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

Manoel Otálio Nascimento Júnior
Manoel Otálio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 133003/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/12/2019 17:25 Data/Hora Fim: 16/12/2019 17:37
Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 06/11/2019 14:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Avenida 26 de Setembro

Nº: sn

CEP:49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDUARDO PEREIRA DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: BA - Casa Nova Sexo: Masculino Nasc: 21/09/1994

Profissão: Motorista Entregador

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO PEREIRA DOS SANTOS Nome do Pai: EDNALDO ALVES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 059.756.255-56

RG - Carteira de Identidade: 36094196

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Nº: 214

Logradouro: RUA RUA VALDEQUEDE OLIVEIRA DANTAS

Complemento: CASA

Bairro: NOVA ESPERANÇA

CEP: 49.680-000



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que em 06/11/2019, por volta das 14:30, sua irmã EDIANE SAMARATI PEREIRA DOS SANTOS DIAS, CPF 051.346.275-92, seguia pela Avenida 26 de Setembro em Nossa Senhora da Glória, conduzindo a motocicleta Yamaha/T115 crypton k, de placa OEP-1605, CHASSI 9C6KE1560E0027703. QUE nas proximidades do Colégio da COHAB ela bateu no fundo de um caminhão de distribuição de bebidas e caiu ao chão. QUE vinha logo atrás em uma outra motocicleta e presenciou o ocorrido. QUE em decorrência do acidente sua irmã quebrou a tibia e a fibula da perna direita, foi socorrida pelo SAMU e foi encaminhada para o Hospital de Itabaiana. QUE em 21 de novembro sua irmã retornou ao Hospital de Itabaiana onde realizou a cirurgia ortopédica para correção das fraturas sofridas. Registra o fato para acionamento do seguro DPVAT.

Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira

Página 1 de 2

Impresso por: André Luiz Bastos Nery

Data de Impressão: 16/12/2019 17:37

Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 133003/2019

ASSINATURAS

André Luiz Bastos Nery

Escrivão de Polícia

Matrícula 1401822

Responsável pelo Atendimento

Eduardo Pereira Dos Santos

EDUARDO PEREIRA DOS SANTOS

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (o/a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

051.346.275-92

4 - Nome completo da vítima:

Eduane Samanote Pereira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Eduane Samanote Pereira dos Santos

6 - CPF:
051.346.275-92

7 - Profissão:

Lanuadra

8 - Endereço:

Rue F

9 - Número:
6+

10 - Complemento:
Eada

11 - Bairro:

Bela Vista

12 - Cidade:

Br. Sra Da Glória

13 - Estado:
SE

14 - CEP:
49.680-000

15 - E-mail:

marcosdegloria@gmail.com

16 - Tel.(DDD):
79.998-9207

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA* | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3303

CONTA: 29877 5

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Víviro |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|---------------------------------|

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

Sim
 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel/nacer):

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 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.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Ediane Samanote Pereira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)