

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: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAELA SANTOS LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02471-6

CONTA: 000000001433-8

Nr. da Autenticação EFD27946662899

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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAELA SANTOS LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02471-6

CONTA: 000000001433-8

Nr. da Autenticação 889A61BE3291DE38

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647659

Cidade: Águas Belas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA

Data do acidente: 05/08/2019

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA.
DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE. FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO COM LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: REFERE CEFALÉIA PÓS TRAUMA, ANOSMIA, TONTURA COM PERDA DO EQUILÍBRIO, ZUMBIDO ESQUERDA, ISOLAMENTO SOCIAL, AMNÉSIA, INSÔNIA, HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE E DESMAIOS. FAZ USO DE GARDENAL, ANALGÉSICOS E DIAZEPAM. AO EXAME FÍSICO APRESENTANDO MARCHA COM PASSOS CURTOS. PERICÍADO LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO COM FALA DISLÁLICA. PELVE ASSIMÉTRICA COM QUEDA A ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO. FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA EM VIRTUDE DA DOR NO QUADRIL ESQUERDO COM RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO QUADRIL ESQUERDO. ÂNGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°) ÂNGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°) ÂNGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°) ÂNGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

Resultados terapêuticos: REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL SOB ANESTESIA ASSOCIADO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO COM REPOUSO ABSOLUTO NO LEITO. TRATAMENTO CONSERVADOR NEUROLÓGICO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/08/2019.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/01/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 02/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL ESQUERDO EM GRAU LEVE. REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA 75% DO QUADRIL ESQUERDO E 25% NEUROLÓGICO (NÃO INDENIZADO ANTERIORMENTE).

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647659 **Cidade:** Águas Belas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.
FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA). PG. 4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647659 Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA

Data do Acidente: 05/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAFAELA SANTOS LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647659

Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAELA SANTOS 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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **RAFAELA SANTOS LIMA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000002471-6**

Conta: **000001433-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647659

Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAELA SANTOS 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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: RAFAELA SANTOS LIMA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 001

Agência: 000002471-6

Conta: 000001433-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



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: 095.399.835-50 4 - Nome completo da vítima: Rafaela Santos 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: Rafaela Santos Lima 6 - CPF: 095.399.835-50
7 - Profissão: Laradeira 8 - Endereço: Rua Amalino F dos Santos 9 - Número: 134 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Páco Redondo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.810-000
15 - E-mail: moncondugenia@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 79.9918-9207

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: ☒ 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 02471 CONTA: 1433 8
(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 (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, às custas da Seguradora Líder 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: ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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

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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Páco Redondo, 12.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 137ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUAS BELAS - DP137ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0227000961

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/10/2019 às 17:11

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 5/8/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE AGUAS BELAS, 1, BR 423 - PROXIMO AO POSTO OASIS - Bairro: CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ALVES DE LIMA (NOTICIANTE)
ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA (TESTEMUNHA)
RAFAELA DE SANTOS LIMA (VITIMA)
MARIA JOSÉ SANTOS LIMA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA**

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

RAFAELA DE SANTOS LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE SANTOS LIMA Pai: JOSE ALVES DE LIMA Data de Nascimento: 6/3/2000 Naturalidade: POCO REDONDO / SERGIPE / BRASIL Documentos: 38080818/SSP/SE (RG)- 09539983550 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 79998090410

MARIA JOSÉ SANTOS LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA LEITOSA Data de Nascimento: 4/5/1969 Naturalidade: POCO REDONDO / SERGIPE / BRASIL Documentos: 945181/SSP/SE (RG). 96562498520 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 79998090410

ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

JOSE ALVES DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CÍCERA PEREIRA DA SILVA Pai: MIGUEL ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 17/3/1965 Naturalidade: POCO REDONDO / SERGIPE / BRASIL

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

AUTOMÓVEL (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKJ4554** (SERGIPE/CANINDE DE SAO FRANCISCO)

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA NO DIA 03/10/2019, O SENHOR OSÉ ALVES DE LIMA, MUNIDO DE PROCURAÇÕES AS QUAIS SÃO OUTORGANTES, RAFAELA E MARIA JOSE, AMBAS QUALIFICADAS NESTE BOE, SENDO FILHA E ESPOSA DO NOTICIANTE, COM O OBJETIVO DE NOTICIAR ACIENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NA BR-423 NO DIA 05/08/2019, PO VOLTA DE 14:30. NA OCASIÃO, TRAFEGAVAM VINDO DE CARUARU COM DESTINO À CIDADE DE POÇO REDONDO/SE EM UM CORSA SEDAN, PLACA KKJ - 4554, DE COR AZUL, AS DUAS VITIMAS, BEM COMO O SENHOR ANTONIO BARBOSA, ESTE ULTIMO CONDUTORDO AUTOMOVELO SUPRA MENCIONADO, QUANDO UM OUTRO VEICULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU COM O CARRO DAS VITIMAS. OS PRIMEIROS SOCORROS FORAM PRESTADOS NO HOSPITAL DA CIDADE DE AGUAS BELAS, SENDO POSTERIORMENTE ENCAIMNHADAS PARA CARUARU E PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, POIS TIVERAM LESOES NO FEMUR (MARIA JOSE) E NA CABEÇA (RAFAELA). ADEMAIS, O BOE TEM POR FIM OBTER INDENIZAÇÃO PELO SEGURO DPVAT.

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

Jose Alves de Lima

JOSE ALVES DE LIMA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: ~~PEDRO RICARDO~~ **TRAJANO DE ARAÚJO** - Matrícula: 387713-2



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: 095.399.835-50 4 - Nome completo da vítima: Rafaela Santos 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: Rafaela Santos Lima 6 - CPF: 095.399.835-50
7 - Profissão: Laradeira 8 - Endereço: Rua Amalino F dos Santos 9 - Número: 134 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Páco Redondo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.810-000
15 - E-mail: moncondugenia@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 79.9918-9207

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: ☒ 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 02471 CONTA: 1433 8
(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 (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, às custas da Seguradora Líder 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: ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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

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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Páco Redondo, 12.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Confirma Dados?

BANCO: 0001

AGENCIA: 02471

CONTA: 00000000001433- 8

FAVORECIDO: RAFAELA SANTOS LIMA

VALOR DEPOSITO: R\$ 5.000,00

Rede Mais Voce

Via Cliente

HONORARIO MULTA + BB

Pos: 77769001 LT: 153 Doc: 21 Oper: 177769

18/11/19 10:26:00

COBAN: 077769 LOJA: 0001 PDV: 000001

18/11/2019 BANCO DO BRASIL 10:27:58

247176901 CORRESPONDENTE BANCARIO 0079

COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

EM DINHEIRO

CLIENTE: RAFAELA SANTOS LIMA

AGENCIA: 2471-6 CONTA: 1.433-8

DATA 18/11/2019

NR. DOCUMENTO 24.717.776.900.079

VALOR DINHEIRO 5.000,00

VALOR TOTAL 5.000,00

NR. AUTENTICACAO B.472.410.2DF.8F3.75E



OUTUBRO ROSA - Todos no lado direito e sobre o nome

SEDE: Rua Celso de Mello, 225, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49025-000
CNPJ: 06.918.115/0001-90 - INSC. EST. 07.061.222-2

FATURA MENSAL *

Matricula

302134.3

*** ATENÇÃO: NÃO PAGAR EM CASH ***

Nome do Cliente

JOSE ALVES DE LIMA

CPF

***, ***, ***-**

Endereço
RUA ANGELINO F DOS SANTOS, 134, POÇO REDONDO, 49610-000

Número da Fatura/Leitura

557005/00282

Data da Fatura

18/10/2019

Número

A09F050498

Classificação Mensal

ACS: 1

Leit. Anterior: 976
Leit. Atual: 985
Consumo: 9 unidades (m3)
Medida de consumo (m3): 34
Diferença de leitura:
Data de Leit. Anterior: 17/09/19
Data de Consumo: 31
Medida diária (m3): 0,32
Período Data Próx. Leit.: 17/10/19

HISTÓRICO DE CONSUMO

Med. (m3) - Leitura
09/19 00009
08/19 00000
07/19 00000
06/19 00011
05/19 00014
04/19 00010

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE INIBIÇÃO (R\$)
DIA 18/10: 4,87 PASEP: 1,06

Tarifas

Valor

ÁGUA			63,06
ESGOTO			0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0101	09/2019	0,76
091 JUROS DE MORA	0101	08/2019	0,26
094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	0101	08/2019	0,05

Mês Referência

10/2019

VENCIMENTO: 26/10/2019

TOTAL A PAGAR R\$

64,13

OUTUBRO ROSA: DECLARE SEU AMOR A VOCE MESMA. PREVINA-SE DO CANCER DE MAMA!

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento
resultará na interrupção do fornecimento de serviços - art 9º,
Decreto (s) nº 27.565/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4626-0195

AGÊNCIA VIRTUAL: www.desa-se.com.br/agenziavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art. 6º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Oloro	Flor	Conformar Total	Soberserva Cor
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	22	10	22		22	
Nº de Amostras Análises	34	34	34		34	34
Nº Mínimo de Análises em conformidade com Norma 2.842/2011	34	34	33		33	33

Respostas das Amostras de Qualidade Total (QTT)

Fonte: Relatório de Qualidade



DESA
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

COMPROMISSO DE PAGAMENTO

Matricula	302134.3	Vencimento	26/10/2019
Mês Referência	10/2019.1	TOTAL A PAGAR R\$	64,13

826500000003 641300418200 302134310200 191302134314





FATURA MENSAL *

30213

SEDE: Rua Campo do Brito, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-380
 CNPJ: 13.016.171/0001-90 - INSC. EST. 27.051.038-2

*** ANEXO AVISO DE CORTE ***

Nome do Cliente

JOSE ALVES DE LIMA

Endereço

RUA ANGELINO F DOS SANTOS, 134, POÇO REDONDO, 49810-000

Consumo/Valor/Retorno/Leitura

557006/00268

Data da Leitura

18/12/2019

Hidrometro

A09F050498

Classificação

RES: 1

Leit. Anterior 897
 Leit. Atual 1002
 Consumo Faturado (m3) 10
 Média de consumo (m3) 9
 Ocorrência da Leitura
 Data da Leit. Anterior 19/11/19
 Dias de Consumo 29
 Média diária (m3) 0,31
 Previsão para Próx. Leit. 17/01/20

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF.	(m3)
11/19	0000
10/19	0001
09/19	0000
08/19	0000
07/19	0000
06/19	0001

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE TRIBUTOS

COFINS: 2,96

PASEP:

79-99918-9207

Serviços

Valor

ÁGUA

ESGOTO

080 MULTA P/IMPONTUALIDADE

0101 11/2019

091 JUROS DE MORA

0101 10/2019

Mês Referência:

12/2019

VENCIMENTO: 26/12/2019

TOTAL A PAGAR R\$

FELIZ NATAL E UM PROSPERO 2020!!!

RECEITUÁRIO

Nome: Rafaela Santos Lima

Relatório Médico

Declaro para os devidos fins, que a paciente supracitada sofreu acidente automobilístico vindo a ter lesões de quadril esquerdo + fratura do acetábulo. Foi realizada redução imediata do quadril esquerdo e redução do fratura do acetábulo como tratamento (tratamento conservador) e encontra-se em alto definitivo. CID: S79


Igor Alexandre de Moura Correia
RMS: 2800269/SE
Médico

Ass. e Carimbo / CRM

04/11/2019

Data

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1688418

Nome: Rapela Santos Lima

Foi atendido às 22:33 hs. do dia 05, 08, 19

Diagnóstico Provável: luxação de quadril
esquerdo + Fratura de acetábulo
esquerdo.

Tratamento Realizado: redução inscumentar +
analgesia

Observação: 1. Alta da ortopedia

2. Retorno ao Ambulatório de Dr. Alexandre
Andrade após 21 dias

3. Orientações gerais + analgesia

Cópia de: 1. Exames dos acetábulo e fêmur
por 90 dias.

Dra. Simone Cristina
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27941
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1463449/2019

NOME: RAFAELA SANTOS LIMA.

Foi atendido às 22h33 do dia 05.08.2019.

Diagnóstico provável: POLTRAVARA TC.E. - HSAT
LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO
+ FRATURA DE ACETABULO.

(ACIDENTE CARRO X CARRO)

Tratamento realizado: ECG=14 - TAC DE CRÂNIO -
TAC COLUMNA CERVICAL - TAC DE TÓRAX -
TAC DE ABDOMEN - TAC DE PELVE.
- CINTURA - REDUÇÃO INCONVENIENTE DE
QUADRIL ESQUERDO EM 06-08-19 -
REPOSIÇÃO DA FRATURA DO ACETABULO
FISIOTERAPIA SIA MOTOMAT

Obs. Tratamento Conservador - TCE
ALTA HOSPITALAR EM 14-08-19

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 15-10-2019

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4513

6571

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: RAFAELA SANTOS LIMA SIC	PRONTUÁRIO: 1688418	ATENDIMENTO: 01463739
DATA DE NASCIMENTO: 02/03/2000	FOI ATENDIDO EM: 05/08/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 14/08/2019 ÀS 11:57	

Diagnóstico Provável:

POLITRAUMATISMO
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA

Tratamento Realizado:

CONSERVADOR

Observação:

AFASTAMENTO POR 60 DIAS

Encaminhado para:

RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA COM 15 DIAS

JEREMIÁS FERNANDO GOMES - CRM: Nº.24199

Recife, 14, AGOSTO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório Médico

Leante Lopes Lima foi vítima de acidente automobilístico, vindo a sofrer lesões de quadril esquerdo e fratura do acetábulo sendo submetido a redução cirúrgica de quadril esquerdo e redução do fratura do acetábulo com seqüela para andar e movimentar a perna. Hoje encontra-se em alta medicada.

CIO: 573


Igor Alexandre da Moura Correia Sobrinho
RMS: 200269/SE
Médico

Ass. e Carimbo / CRM

10 / 12 / 2019

Data



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
3.808.081-8	02/07/2014
NOME	
RAFAELA SANTOS LIMA	
FILIAÇÃO	
JOSE ALVES DE LIMA	
MARIA JOSE SANTOS LIMA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE	06/03/2000
DOO ORGEM	
CT. NASCIMENTO NR 19148 LV 124 PL 124	
CPF	
CART DIST COM FOCO REDONDO/	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
095.399.835-50

Nome
RAFAELA SANTOS LIMA

Nascimento
06/03/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
AB2A.0DA0.2B9C.EAB9

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:35:31 do dia 10/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

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: **3190647659**

Nome do(a) Examinado(a): **RAFAELA SANTOS LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ANGELINO F DOS SANTOS, 134 - Poço Redondo - SE - CEP 49810-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3808081-8**

Data e local do acidente: [**05/08/2019**] **POÇO REDONDO/SERGIPE**

Data e local do exame: [**22/01/2020**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE. FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO COM LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

REFERE CEFALÉIA PÓS TRAUMA, ANOSMIA, TONTURA COM PERDA DO EQUILÍBRIO, ZUMBIDO ESQUERDA, ISOLAMENTO SOCIAL, AMNÉSIA, INSÔNIA, HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE E DESMAIOS. FAZ USO DE GARDENAL, ANALGÉSICOS E DIAZEPAM. AO EXAME FÍSICO APRESENTANDO MARCHA COM PASSOS CURTOS. PERICIA DO LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO COM FALA DISLÁLICA. PELVE ASSIMÉTRICA COM QUEDA A ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO. FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA EM VIRTUDE DA DOR NO QUADRIL ESQUERDO COM RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO QUADRIL ESQUERDO. ÂNGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°) ÂNGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°) ÂNGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°) ÂNGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

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

[☒] Sim [☐] Não

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

REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL SOB ANESTESIA ASSOCIADO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO COM REPOUSO ABSOLUTO NO LEITO. TRATAMENTO CONSERVADOR NEUROLÓGICO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/08/2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano neurológico, Limitação funcional do quadril esquerdo

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

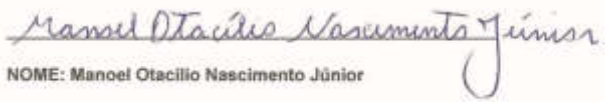
% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 a valoração do dano corporal.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 02/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL ESQUERDO EM GRAU LEVE. REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA 75% DO QUADRIL ESQUERDO E 25% NEUROLÓGICO (NÃO INDENIZADO ANTERIORMENTE).



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior
CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407502/19

Número do Sinistro: 3190647659

Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA

CPF: 095.399.835-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: RAFAELA SANTOS LIMA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RAFAELA SANTOS LIMA : 095.399.835-50

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: 16/01/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO