
Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128928

Vítima: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128928

Vítima: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000025746-3

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



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128928

Vítima: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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: 099.445.114-80 4 - Nome completo da vítima: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA 6 - CPF: 099.445.114-80
7 - Profissão: REC INE 8 - Endereço: RUA ELIDIO GALDINO DA SILVA 9 - Número: 80 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO CAMPO GRANDE 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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. Assinalar uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2553 CONTA: 25746 3

(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 (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 do 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 discordar do seu diagnóstico.

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 nascituro(s) vivo(s)? ☐ 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 daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança da ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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: TORITAMA PE, 02/12/2020

Maria Elisabete Alves da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19059108B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 27/10/2019 Hora: 20:35 Município: TACAIMBO/PE
BR: 232 KM: 156,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: D. LIMA, 1516361

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 27/10/2019, por volta das 20h35, no km 156,0 da BR-232, em São Caitano/PE, ocorreu um acidente, do tipo colisão frontal, com vítimas, 15 pessoas (lesões graves e leves). Os veículos envolvidos foram: a caminhonete NISSAN FRONTIER(V1) e o micro-ônibus FIAT DUCATO(V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que, instantes antes, V1 trafegava no sentido Tacaimbó-PE, quando invadiu a faixa contrária, colidindo frontalmente com V2 que trafegava no sentido São Caitano-PE, com o impacto V1 girou no sentido anti-horário, parando perpendicularmente com a rodovia, com a frente na faixa contrária, V2 girou no sentido horário, com sua frente em direção ao acostamento, tombando, parando com a lateral traseira esquerda sobre o capô de V1 e a lateral dianteira esquerda sobre o solo. O sítio do acidente ocupou a faixa de rolamento e acostamento decrescente. Trajetória e dinâmica esboçada no croqui, conforme orientação de danos, marcas e materiais no sítio da colisão. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator determinante para o acidente, foi o veículo V1 ter invadindo a faixa contrária, provocando a colisão com V2. Observações: • O local do acidente estava preservado; • Todos os envolvidos foram socorridos pelo SAMU e Corpo de Bombeiros, encaminhados para o Hospital Regional do Agreste; • Veículos envolvidos foram removidos pela PRF; • Condutores não foram submetidos a testes de etilômetro devido a gravidade dos ferimentos; • As consultas iniciais foram realizadas no local, complementadas na UOP e no HRA.



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191

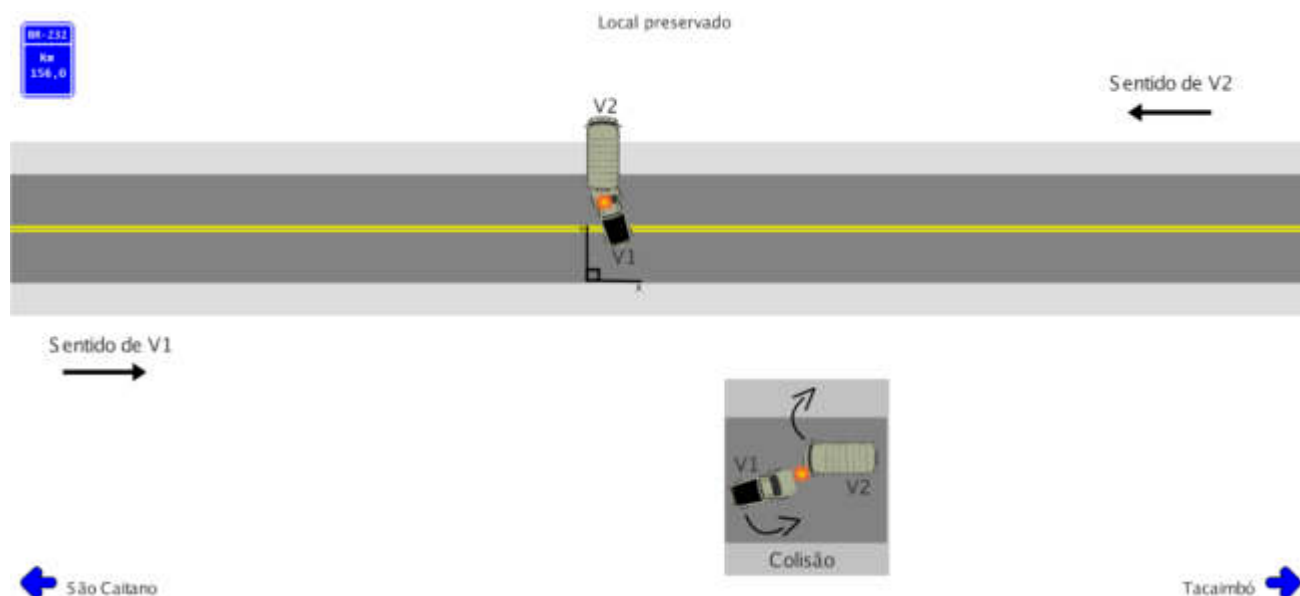


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X (m)	Y (m)
Pneu dianteiro esquerdo V1	0,00	5,73
Pneu traseiro esquerdo V1	1,00	2,80
Pneu traseiro direito V1	2,90	3,17
Teto dianteiro esquerdo V2	0,00	10,00
Pneu traseiro direito V2	2,25	7,12
Colisão	0,50	5,70

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Corpo de bombeiros	27/10/2019 20:35	27/10/2019 21:00



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

SAMU

27/10/2019 20:35

27/10/2019 21:00

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - PFX7764 - CAMINHONETE

V1 - Informações

Placa: PFX7764 Marca/modelo: NISSAN/FRONTIER SVATK4X4

Renavam: 00527774588

Ano fabricação: 2013 Chassi: 94DVCUD40DJ586337

Tipo de veículo: Caminhonete

Espécie: Especial Categoria: Particular

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / NISSAN/FRONTIER SVATK4X4

Placa: PFX7764

Nº BOAT: 19059108B01

Nome do Agente: D. LIMA

Matrícula do Agente: 1516361

Data: 27/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M	X		

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V1 - Proprietário

Nome: AVANILDO BATISTA DA SILVA
Email:
Endereço: CARUARU-PE

CPF/CNPJ: 000.363.984-38
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - AVANILDO BATISTA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: AVANILDO BATISTA DA SILVA
CPF: 000.363.984-38
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 21/01/1963
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 03/04/1986
Vencimento da habilitação: 23/08/2021

Nº Registro: 02853258137
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA PADRE CICERO, 0000000027, CASA, COHAB I, BELO JARDIM-PE
Telefone:

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: HRA

Tipo de Receptor: SAMU

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - ELAINE AVELINO DA SILVA

V1P1 - Informações

Nome: ELAINE AVELINO DA SILVA
CPF: 081.456.504-29
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 22/06/1985
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: CAMPINA GRANDE, SIITO ENCANTO, CAIUCA, CARUARU-PE
Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA

V2 - VEÍCULO 2 - PFT4101 - MICROÔNIBUS

V2 - Informações

Placa: PFT4101 Marca/modelo: FIAT/DUCATO M BUS RONTAN

Renavam: 00490617654

Ano fabricação: 2012 Chassi: 93W245H34D2103531

Tipo de veículo: Microônibus

Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel

Cor: Prata

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



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / FIAT/DUCATO M BUS RONTAN

Placa: PFT4101

Nº BOAT: 19059108B01

Nome do Agente: D. LIMA

Matrícula do Agente: 1516361

Data: 27/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M	X		
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroçaria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M		X	
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
17	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassis termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dano de Montagem: Média



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V2 - Proprietário

Nome: JOAO ALVES CORDEIRO NETO
Email:
Endereço: VERTENTES-PE

CPF/CNPJ: 024.364.733-66
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - LEONARDO HONORIO DA SILVA

V2C - Informações

Nome: LEONARDO HONORIO DA SILVA
CPF: 093.865.164-11
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 29/06/1989
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD
UF: PE
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 11/11/2010
Vencimento da habilitação: 25/09/2020

Nº Registro: 05074559893
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA HERCULINO BANDEIRA, 0000000210, CENTRO, TORITAMA-PE
Telefone:

Email:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: HRA

Tipo de Receptor: SAMU

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - VALERIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA

V2P1 - Informações

Nome: VALERIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA
CPF: 126.851.574-41
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 08/01/1996
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Sim

V2P1 - Dados do Contato

Endereço: CASTRO ALVES, 70, INDEPENDENTE, TORITAMA-PE
Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V2P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA

V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - JOSE GILMAR DE OLIVEIRA NOGUEIRA

V2P2 - Informações

Nome: JOSE GILMAR DE OLIVEIRA NOGUEIRA

Data de Nascimento: 18/10/1995

CPF: 126.129.974-40

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P2 - Dados do Contato

Endereço: DAS CAIBEIRAS, 14, PLANALTO, TORITAMA-PE

Telefone:

Email:

V2P2 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA

V2P3 - PASSAGEIRO 3 DO V2 - LUCIANA DE OLIVEIRA NOGUEIRA

V2P3 - Informações

Nome: LUCIANA DE OLIVEIRA NOGUEIRA

Data de Nascimento: 13/05/1998

CPF: 145.181.564-63

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P3 - Dados do Contato

Endereço: ALDEIA PE DE SERRA, ZONA RURAL, PESQUEIRA-PE

Telefone:

Email:

V2P3 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA

V2P4 - PASSAGEIRO 4 DO V2 - RAFAEL PEREIRA DA SILVA

V2P4 - Informações

Nome: RAFAEL PEREIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 11/08/1997

CPF: 713.661.404-00

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V2P4 - Dados do Contato

Endereço: MARTINS JUNIOR 12, 73, CANAA, CARUARU-PE

Telefone:

Email:

V2P5 - PASSAGEIRO 5 DO V2 - SONIA MARIA DE OLIVEIRA

V2P5 - Informações

Nome: SONIA MARIA DE OLIVEIRA

CPF: 023.593.054-76

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 08/02/1967

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P5 - Dados do Contato

Endereço: DAS CALBEIRA, 14, PLANALTO, TORITAMA-PE

Telefone:

Email:

V2P5 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA

V2P6 - PASSAGEIRO 6 DO V2 - MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

V2P6 - Informações

Nome: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

CPF: 099.445.114-80

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 21/01/1989

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P6 - Dados do Contato

Endereço: OTR ALDEIA PE DE SERRA, Cimbres, PESQUEIRA-PE

Telefone:

Email:

V2P6 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V2P7 - PASSAGEIRO 7 DO V2 - ANA PAULA DA SILVA GOMES

V2P7 - Informações

Nome: ANA PAULA DA SILVA GOMES

CPF: 130.647.194-08

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 10/06/1995

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P7 - Dados do Contato

Endereço: PE DE SERRA, CASA, ZONA RURAL, PESQUEIRA-PE

Telefone:

Email:

V2P7 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA

V2P8 - PASSAGEIRO 8 DO V2 - ALISON GABRIEL SANTANA DA SILVA

V2P8 - Informações

Nome: ALISON GABRIEL SANTANA DA SILVA

CPF: 112.898.794-51

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 31/08/1992

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P8 - Dados do Contato

Endereço: ALDEIA PE DE SERRA, 1, ZONA RURAL, PESQUEIRA-PE

Telefone:

Email:

V2P8 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA

V2P9 - PASSAGEIRO 9 DO V2 - JOAQUIM RAMOS DA SILVA

V2P9 - Informações

Nome: JOAQUIM RAMOS DA SILVA

CPF: 162.529.954-01

Estado físico: Lesões Leves

Usava dispositivo para retenção de criança: Não

Data de Nascimento: 09/02/2019

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P9 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

Endereço: CASTRO ALVES NO 11A, -1, PLANALTO, TORITAMA-PE

Telefone:

Email:

V2P9 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA

V2P10 - PASSAGEIRO 10 DO V2 - JULIANA DA SILVA GOMES

V2P10 - Informações

Nome: JULIANA DA SILVA GOMES

Data de Nascimento: 04/07/2000

CPF: 716.024.554-73

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P10 - Dados do Contato

Endereço: ALDEIA PE DE SERRA, ZON RURAL, PESQUEIRA-PE

Telefone:

Email:

V2P10 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA

V2P11 - PASSAGEIRO 11 DO V2 - JOSE APARECIDO DOS RAMOS DA SILVA

V2P11 - Informações

Nome: JOSE APARECIDO DOS RAMOS DA SILVA

Data de Nascimento: 30/04/1992

CPF: 106.344.464-01

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P11 - Dados do Contato

Endereço: RUA S?O CRIST?V?O, 0000000091, CASA, CENTRO, TORITAMA-PE

Telefone:

Email:

V2P11 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059108B01

V2P12 - PASSAGEIRO 12 DO V2 - CARLOS FERNANDO GOMES DA SILVA

V2P12 - Informações

Nome: CARLOS FERNANDO GOMES DA SILVA

Data de Nascimento: 04/03/1998

Nº de Identificação/órgão expedidor: 10733338/SDSPE

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P12 - Dados do Contato

Endereço: ALDEIA PE DE SERRA DOS NOGUEIRAS, PESQUEIRA-PE

Telefone:

Email:

V2P12 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: HRA



Documento assinado eletronicamente por D. LIMA, matrícula 1516361, Policial Rodoviário Federal, em 04/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19059108B01 e o número de controle 4FC4E6A620FADA4A09C1585584B5BF.

191

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: 099.445.114-80 4 - Nome completo da vítima: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA 6 - CPF: 099.445.114-80
7 - Profissão: REC INE 8 - Endereço: RUA ELIDIO GALDINO DA SILVA 9 - Número: 80 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOTTO CAMPO GRANDE 12 - Cidade: TORITAMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUZO INFORMAR ☐ 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. Assinalar uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2553 CONTA: 25746 3

(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 (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 do 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 discordar do seu diagnóstico.

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 nascituro(s) vivo(s)? ☐ 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 daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança da ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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: TORITAMA PE, 02/12/2020

Maria Elisabete Alves da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. (a) **Maria Elisabete Alves da Silva**, esteve Interno nesta unidade de saúde no dia 28/10/19 a 08/11/2019 com Registro Hospitalar: 347888.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 04 de Dezembro 2019

104.734.970/2019
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

setor de Arquivo (same)

STOWARD: 3483

2015.05.20

CNS 36856514500385

EXPANDED FORM 42A



Page 23 of 40

Grace JOSEPHIANA

អានុវិទ្យា

應答の問

SEM INFORMAÇÃO

ISSN 0013-788X
CODEN JBRD

Modeling and Simulation: JET.COM.ACTE.M.17.E

Abstract

DATE: _____

2015-11-15



上各条生



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: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000025746-3

Nr. da Autenticação 4A7860A9904451B4



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-502
 CNPJ 10.535.932/0001-08 | Insc. Est. 0035943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

CPF: 099.445.114-80 NIS: 16392614309

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ELPIDIO CALDINO DA SILVA 80

LOT 0 CAMPO GRANDE TOR TAMA
 TOR TAMA PE
 55000-000

DATA DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	DATA DE EMISSÃO
07/03/2012	ÚNICA	21/08/2012
21/06/2018	2014373357	02/07/08

DATA DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	DATA DE EMISSÃO
7023108229	08/2019	28/08/2019
19/09/2019	19/09/2019	19/09/2019

Consumo Ativo até 70 kWh
 Consumo Ativo Superior a 70 até 100 kWh
 Acréscimo Bandeira AMARELA
 Acréscimo Bandeira VERDE
 Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
50,000000	0,19124038	9,571
10,000000	0,32764015	3,276
		0,32
		0,62
		2,78

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
318092234	CAI	21-07-2019	9.184,30	21-08-2019	5.524,60	30	1.000,00	80,00

COMPOSIÇÃO DE CUSTOS

Consumo Ativo até 70 kWh
 AGO 13 60
 JUL 13 84
 JUN 13 58
 MAI 13 92
 ABR 13 58
 MAR 13 103
 FEV 14 104
 JAN 14 136
 DEZ 13 124
 NOV 13 106

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS		
PIS	15,50	0,74
COFINS	16,60	0,43

Composição dos Custos		
Descrição	Valor	Porcentagem
Geração de Energia	R\$ 9,57	48,80%
Transmissão	R\$ 0,81	4,01%
Distribuição (Célula)	R\$ 4,02	20,00%
Perdas de Energia	R\$ 1,55	7,59%
Encargos Setoriais	R\$ 0,44	2,21%
Impostos	R\$ 1,06	5,12%
Leitura	R\$ 15,58	100%

Consumo Ativo até 70 kWh
 Consumo Ativo Superior a 70 até 100 kWh

0,19124038
 0,32764015

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.445.114 / 80, do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDEZ da Vítima MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.445.114 / 80, 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 Líder-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		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(81) 9665-0464	(81) 8133-5022

SURUBIM de 24 de Março de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. (a) **Maria Elisabete Alves da Silva**, esteve Interno nesta unidade de saúde no dia 28/10/19 a 08/11/2019 com Registro Hospitalar: 347888.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 04 de Dezembro 2019

104.734.970/2019
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

setor de Arquivo (same)

STOWARD: 3483

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

ENDING

Cor: F&DK

2019年12月20日

CNS 302265143001805

KESG

PLATE 1

SECRET//NOFORN

INDEPENDENT FORN 434C

Grace JOSEPHIANA

Profession

Page 37 of 40

SE INFORMADO

ASAP! Call us at
1-800-456-4646

Modeling and Simulation: JET.COM.ACTE.M.17.E

Abstract

DATE _____

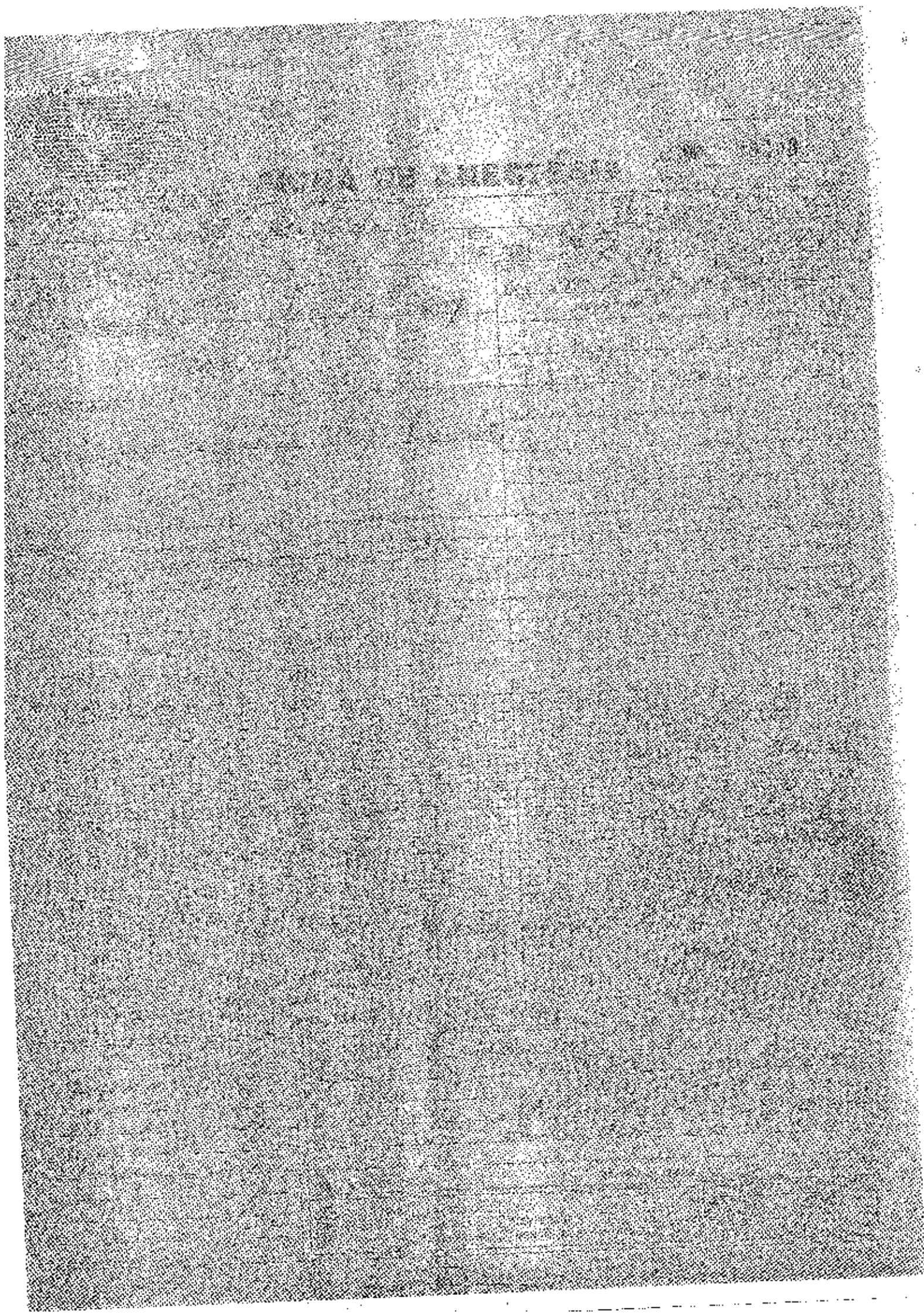
450

152875



王德生





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Page 1000	Marie Bonaparte de Blois	no	1000
-----------	--------------------------	----	------

NP 50, LANE

Operator: Mr. [Signature]

2º Assistente: *[Signature]* 7º Assistente: *[Signature]*

Anesthesia _____

Signature: _____ Date: _____

				Terrace
--	--	--	--	---------

Discontinued Pro-Operations *George H. W. Bush*

4. Discussion and Post-Questions

References

[illegible]

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

Dear Mr. D.D. H. & I have just
 received your letter of the 10th inst.
 and am glad to hear that you
 have been able to find a
 place for the school. I am
 glad to hear that you
 are going to the school.
 I am glad to hear that you
 are going to the school.
 I am glad to hear that you
 are going to the school.

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

PRONTUÁRIO: 347888

DATA DE ENTRADA: 28/10/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:
PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS
COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTADO ACOMPANHAMENTO EM
AMBULATÓRIO DA ORTOPEDIA GERAL, COM 15 DIAS APÓS ALTA
HOSPITALAR. ORIENTAÇÕES DADAS AO PACIENTE E
ACOMPANHANTE.
INICIAR PRÉ-NATAL.

TRATAMENTO REALIZADO: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA

ALTA HOSPITALAR: 08/11/2019

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dra. Suelly Lorena
Médica Residente de
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 26259

ASS: DO MÉDICO E CRM

11/12/19
12/1
Dr. Patriato

Rst
Dr. Marcelo
Cavale

3-10-88 76 AL 1829 DA 5124/A

2001/01/01

ED 367 644

五

王保樹人學

HOSPITAL PRINCIPAL DO ACQUA VITE
Ponte 7

Page 7 of 16

As 145

Address: 4500 172nd St

Ref: 21477

上海外灘

Zehn Jahre

11-20-2019 11:57 AM

1

3

تاریخ و تمدن ایران

55074

47

0876 ALYED BA ALU

2010年11月

100

2

101

THE GREAT PAINT

100

2000

10

100

4-2339-1-1

16:52 16:52

Received & posted 2010

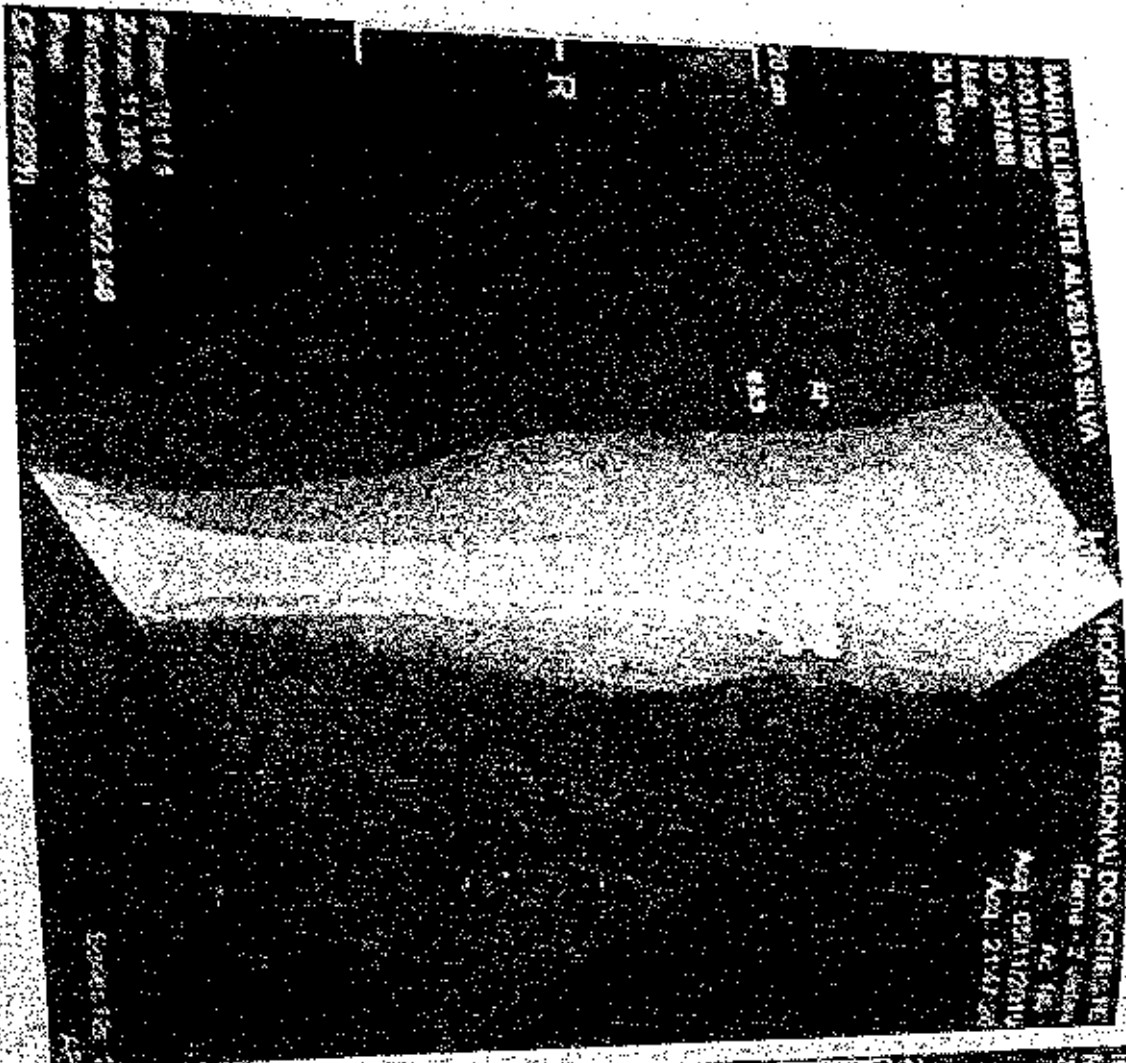
10

15

505-2505

См. также: [История](#)

1997





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CENTRO DE IMAGEM E RADIOLOGICO

HRA

E
AP

PERFIL
E

INFORMACAO DE IDENTIFICACAO
EPI - 00000000000000000000

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
00.00.000

BR 132 - KM 130 - INDIANOPOLIS - CARUARU - PE
CEP: 55.000-000 - FONE: 81.3714.8663

MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

ID: 347888

Other

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

AC: N6

Acq: 30/10/2019

Acq: 16:58:32

AP

ESQ

10 cm

R

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 25.18%

Window/Level: 4.096/2.048

Pixel:

CR (1792x2392)

Series: 138-3

AP

MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

ID: 347888

Female

H

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Perna - Zoster

Ac. Nbr

Acq: 28/01/2012

Acq: 6025-15

20 cm

R

SP

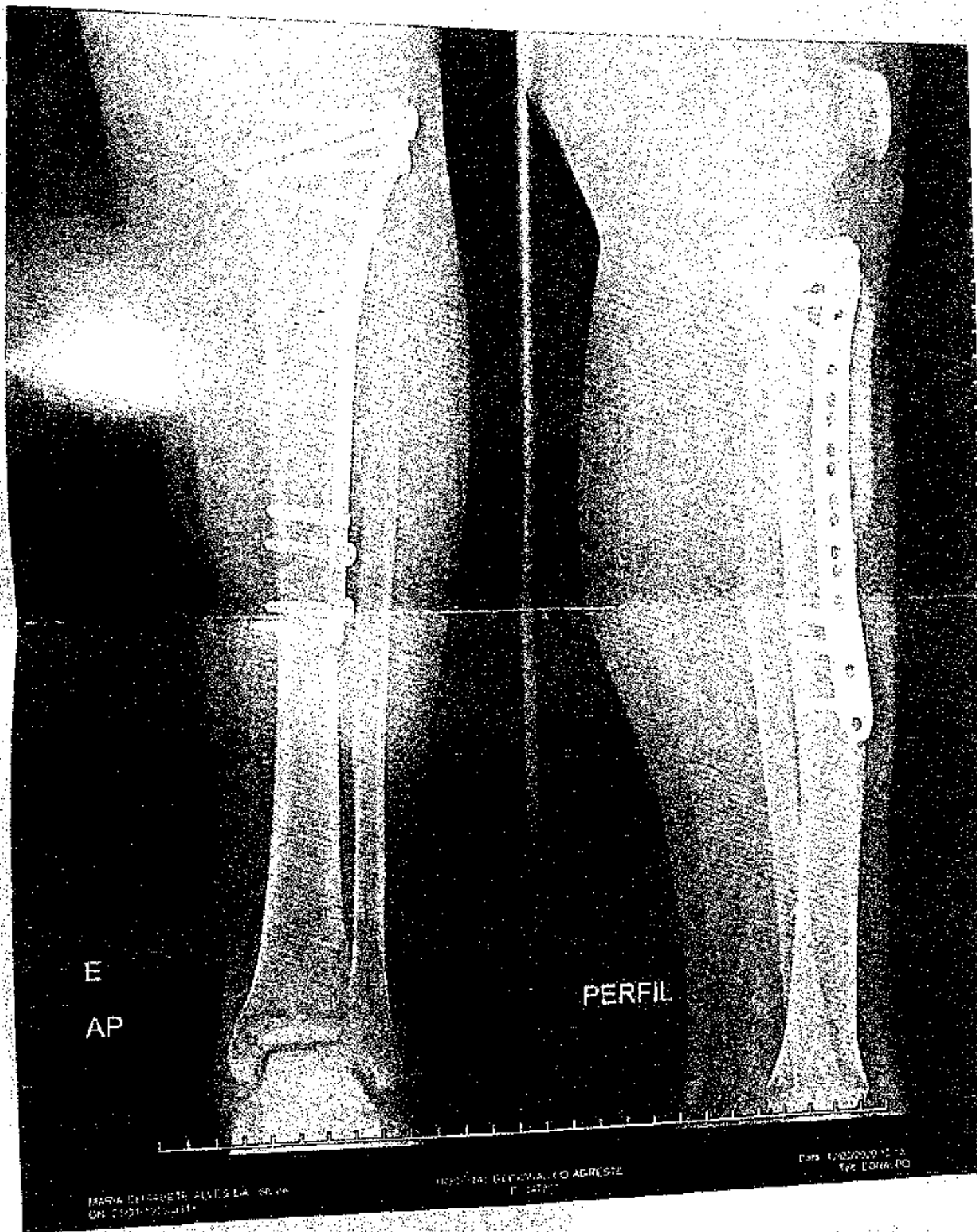
FSO

Frame: [1] 111

Zoom: 15.77%

096/2.048

Series Nbr



MARIA ENCONTE ALVES DA SILVA
ON 0001-700-0001

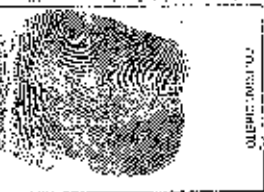
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
F. 0470

Data: 12/02/2009 12:13
Tel: 0800-00

BR 132 - KM 130 - INDIANÓPOLIS - CARUARU - PE
CEP: 55.000-000 - FONE: 81-3719-9362

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAZAROS CEMIA



OLIMPIO AUGUSTO



Maria Elisabete Alves da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.386.194

DATA DE EXPIRAÇÃO 19/09/2007

<< MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA >>

<< SEBASTIÃO MARTINS DA SILVA >>

<< MARIA VANDA ALVES DA SILVA >>

LOCALIDADE PESQUEIRA - PE

DATA DE NASCIMENTO 21/01/1989

ENDEREÇO << CN.27892 LAZAROS F.296V CART. PESQUEIRA-PE 15.06.1993 >>

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.167 DE 24/06/83

P-25 28.955 - 3013



Receita Federal

CPF

099.445.114-80

MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

21/03/1969

[illegible]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101711/20

Vítima: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

CPF: 099.445.114-80

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA : 099.445.114-80

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: 24/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200/28928** Data da solicitação: **02/04/2020**
Nome do beneficiário: **MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA** CPF do beneficiário: **099.445.114**
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: **80**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**81**) **99665.0454** Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: **DOC. JURGEM** (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fez em (FE), 07/04/2020.
Local e Data
Maria Elisabete Alves da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128928 **Cidade:** Tacaimbó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128928 **Cidade:** Tacaimbó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101711/20

Vítima: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

CPF: 099.445.114-80

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA ELISABETE ALVES DA SILVA : 099.445.114-80

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: 24/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA