
Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064326

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES BARBOSA 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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064326

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200064326

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES BARBOSA 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\$ 2.531,25

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: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001153-3

Conta: 000010016969-4

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 869.864.574.72 4 - Nome completo da vítima: M^{te} das Dores Barbosa 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: M^{te} das Dores Barbosa da Silva 6 - CPF: 869.864.574.72
7 - Profissão: R. # 14 8 - Endereço: Basilio de Queiroz 9 - Número: 1 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Gravatá do IBIA 12 - Cidade: TRAVESSIA DO MONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 91613901

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: 1153 3 CONTA: 16969 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St. Cruz do Cap. PE 01-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1153-3
16.969-2
RUBRICA



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Gestão Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 869.864.574.72 4 - Nome completo da vítima: M^{te} das Dores Barbosa 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: M^{te} das Dores Barbosa da Silva 6 - CPF: 869.864.574.72
7 - Profissão: R. # 14 8 - Endereço: Basílio de Queiroz 9 - Número: 1 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Gravatá do IBIA 12 - Cidade: TRAVESSIA DO MONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: 8191613901 16 - Tel (DDD): 81

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: 1153 3 CONTA: 16969 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St. Cruz do Cap. Pe 01-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1153-3
16.969-2
RUBRICA



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Gestão Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0220000415**

546323
0310420/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/07/2019** às **18:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/7/2019** às **14:00**

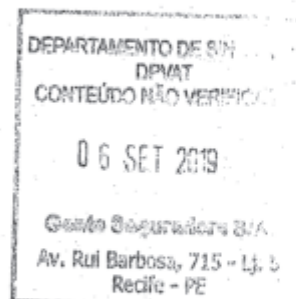
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, SÍTIO AÇUDINHO -**
Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO (OUTRO)
MARIA DAS DORÊS BARBOSA DA SILVA (VÍTIMA)
ALESSANDRO LUIS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

ALESSANDRO LUIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Data de Nascimento: **1/12/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA DAS DORÊS BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA VICENTE FERREIRA Pai: SEVERINO BARBOSA DA SILVA Data de Nascimento: **1/5/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, RUA JOSÉ PROCOPIO - GRAVATA DO IBIAPINA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

FIAT/UNO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALESSANDRO LUIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEL8582** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Renavam: **500126100** Chassi: **9BD15844AD6789500**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

AS VITIMAS COMPARECERAM A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA PARA INFORMAR QUE AO TRAFEGAR COM SEU VEICULO, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO MESMO DURANTE UMA CURVA VINDO A CAPOTAR, SENDO SOCORRIDOS PELO SAMU. É O QUE SE CUMPRE REGISTRAR.

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

x: *Alessandro Luis da Silva*

ALESSANDRO LUIS DA SILVA

(VITIMA)

x: *Maria das Dores Barbosa da Silva*

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO DE JESUS LIMA** - Matrícula: **3874877**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

Centro Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0220000415**

546323
0310420/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/07/2019** às **18:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/7/2019** às **14:00**

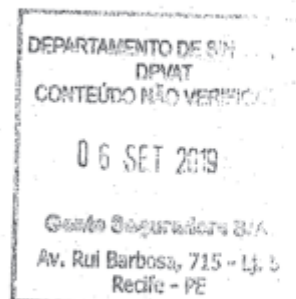
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, SÍTIO AÇUDINHO -**
Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO (OUTRO)
MARIA DAS DORÊS BARBOSA DA SILVA (VÍTIMA)
ALESSANDRO LUIS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

ALESSANDRO LUIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Data de Nascimento: **1/12/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA DAS DORÊS BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA VICENTE FERREIRA Pai: SEVERINO BARBOSA DA SILVA Data de Nascimento: **1/5/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, RUA JOSÉ PROCOPIO - GRAVATA DO IBIAPINA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

FIAT/UNO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEOVANIA BEZERRA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALESSANDRO LUIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEL8582** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Renavam: **500126100** Chassi: **9BD15844AD6789500**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

AS VITIMAS COMPARECERAM A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA PARA INFORMAR QUE AO TRAFEGAR COM SEU VEICULO, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO MESMO DURANTE UMA CURVA VINDO A CAPOTAR, SENDO SOCORRIDOS PELO SAMU. É O QUE SE CUMPRE REGISTRAR.

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

x: *Alessandro Luis da Silva*

ALESSANDRO LUIS DA SILVA

(VITIMA)

x: *Maria das Dores Barbosa da Silva*

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO DE JESUS LIMA** - Matrícula: **3874877**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

Centro Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 869.864.574.72 4 - Nome completo da vítima: M^{te} das Dores Barbosa 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: M^{te} das Dores Barbosa da Silva 6 - CPF: 869.864.574.72
7 - Profissão: R. # 14 8 - Endereço: Basílio de Queiroz 9 - Número: 1 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Gravatá do IBIA 12 - Cidade: TRAVASSOLÂNGA DO MONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 91613901

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: 1153 3 CONTA: 16969 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St. Cruz do Cap. Pe 01-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 869.864.574.72 4 - Nome completo da vítima: M^{te} das Dores Barbosa 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: M^{te} das Dores Barbosa da Silva 6 - CPF: 869.864.574.72
7 - Profissão: R. # 14 8 - Endereço: Basilio de Queiroz 9 - Número: 1 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Gravatá do IBIA 12 - Cidade: TRAVASSOLÂNGA DO MONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 91613901

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: 1153 3 CONTA: 16969 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, St. Cruz do Cap. Pe 01-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

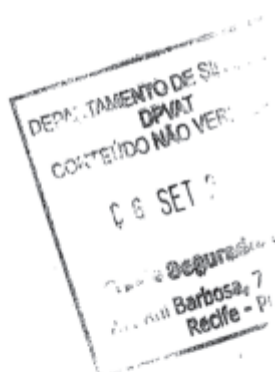


SAMU - Taquaritinga do Norte

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sra Maria das Dores Barbosa da Silva, portador de CPF Nº 869.864.574-72, RG Nº 5.207.29 SSP/PE ID Nº0242, que consta nos registros de ocorrência do SAMU MACRORREGIONAL AGRESTE DE CARUARU, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia 01 de julho de 2019, às 12hs e 24min, no endereço: PE 130 próximo ao Açudinho, vítima de acidente de carro, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento em seguida removido para o Hospital local HGSPS/FUNDATA.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.



Taquaritinga do Norte, 30 de julho de 2019

Edvânia Anísia de Moura
Edvânia Anísia de Moura
COREN-PE 321.323

Edvânia Anísia de Moura
Coordenação de Urgência e Emergência

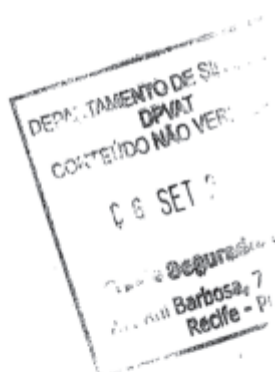


SAMU - Taquaritinga do Norte

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sra Maria das Dolores Barbosa da Silva, portador de CPF Nº 869.864.574-72, RG Nº 5.207.29 SSP/PE ID Nº0242, que consta nos registros de ocorrência do SAMU MACRORREGIONAL AGRESTE DE CARUARU, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia 01 de julho de 2019, às 12hs e 24min, no endereço: PE 130 próximo ao Açudinho, vítima de acidente de carro, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento em seguida removido para o Hospital local HGSPS/FUNDATA.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.



Taquaritinga do Norte, 30 de julho de 2019

Edvânia Anísia de Moura
Edvânia Anísia de Moura
Coordenadora de Urgência e Emergência
COREN-PE 321.323

Edvânia Anísia de Moura
Coordenação de Urgência e Emergência

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000010016969-4

Nr. da Autenticação 947860818CF06BA4

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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana M. M. de A. Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.234.444/04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário M^{re} das Dores B. da Silveira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 869.864.574/72 do sinistro de DPVAT cobertura INU da Vítima
M^{re} das Dores Barbosa da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 869.864.574/72, 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	<u>R. Rosemário Alves da Rocha</u>		Número	<u>03</u>	Complemento	<u>Loja</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>St. Luz do Cap.</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>81 91613907</u>		

St. Luz do Cap. de Agosto de 2019
Cap. PE
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante



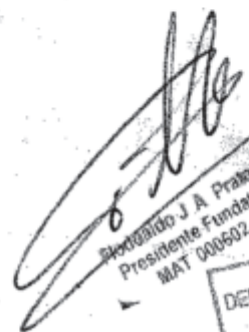
FUNDATA

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a **Sra. Maria das Dores Barbosa da Silva**, nascida 01 de maio 1975, deu entrada neste hospital no dia 01 de julho de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°12030 em anexo.

Taquaritinga do Norte, 10 de julho de 2019.


Rodolfo J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVET
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Carta Segura S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 12030 DATA: 2019-7-1 HORA: 13:19:14

OK

NOME: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA SEXO: F
IDADE: 44 COR: PARDA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO CPF: SUS:
PAI: MÃE:

ENDEREÇO: RUA DO COMERCIO Nº SIN

BAIRRO: GRAVATA DO IBIAPINA CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: 50x100 PUL SO: RPM: PESO:
HGT: 1,17 TEMPERATURA: 36,98 Fe. 96.

Y Samu

ANAMNÊSIA

VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO. GLASGOW 15.
DOR COXA E PERNA (E). EGB LOTE
EUPNEICA

() ALTA () OBSERVAÇÃO () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

ALERGIA: Ø

NEGAM: HAS / DM

PROCEDIMENTO:

RX FÊMUR (E)

RX JOELHO (E)

RX TÍBIA + FÍBULA (E)

RX BACIA : FX DE ÍLEO (PMBIAL)

DIPLOMA IFA + AD (E)

14:15

STAMP + ORTOP. + REPOUS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Custo Seguro: R\$ 100,00
Av. Duil Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Dr. Sérgio Henrique
CREMERE 18.337

01 JUL 2019

ATEDENTE: ROUZE MANUELLA ARAUJO CELESTINO DE MOURA

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que a Sra. MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA, 44 anos, foi vítima de acidente de trânsito (deslocamento) em 01 de julho de 2019 que resultou em fratura da articulação quadril esquerda conservadoramente e evoluiu com dor no quadril esquerdo e marcha claudicante à esquerda. As sequelas são de caráter permanente e irreversível.

CID-10: S32.4

Guahim, 5 de fevereiro de 2020
10:37:56

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS - CREMEPE: 11695.



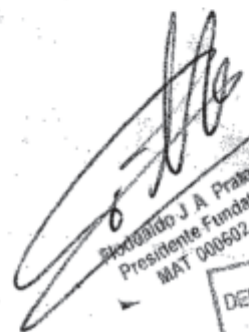
FUNDATA

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a **Sra. Maria das Dores Barbosa da Silva**, nascida 01 de maio 1975, deu entrada neste hospital no dia 01 de julho de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº12030 em anexo.

Taquaritinga do Norte, 10 de julho de 2019.


Rodolfo J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVET
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Carta Segura S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 12030 DATA: 2019-7-1 HORA: 13:19:14

OK

NOME: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA SEXO: F
IDADE: 44 COR: PARDA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO CPF: SUS:
PAI: MÃE:

ENDEREÇO: RUA DO COMERCIO Nº SIN

BAIRRO: GRAVATA DO IBIAPINA CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: 50x100 PUL SO: RPM: PESO:
HGT: 1.17 TEMPERATURA: 36.98 Fe. 96.

Y Samu

ANAMNÊSIA

VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO. GLASGOW 15.
DOR COXA E PERNA (E). EGB LOTE
EUPNEICA

() ALTA () OBSERVAÇÃO () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

ALERGIA: Ø

NEGAM: HAS / DM

PROCEDIMENTO:

RX FÊMUR (E)

RX JOELHO (E)

RX TÍBIA + FÍBULA (E)

RX BACIA : FX DE ÍLEO (PMBIAL)

DIPLOMA IFA + AD (E)

14:15

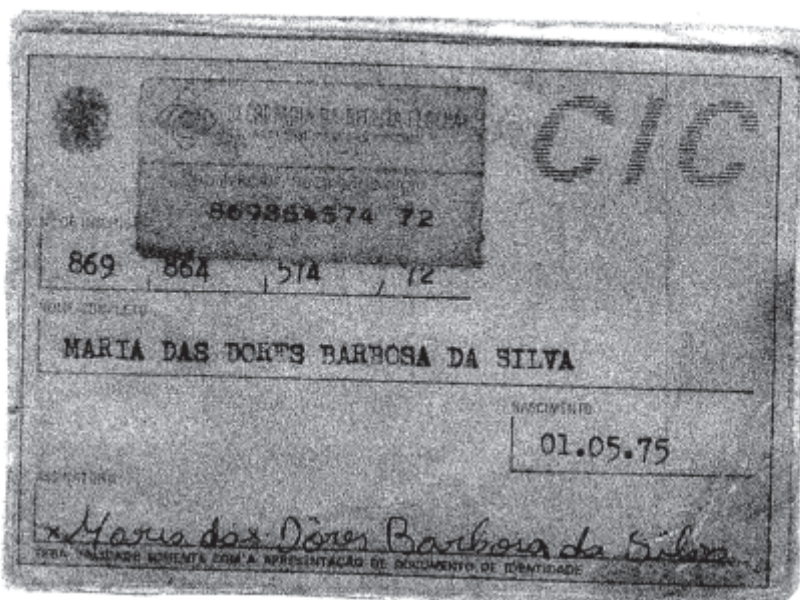
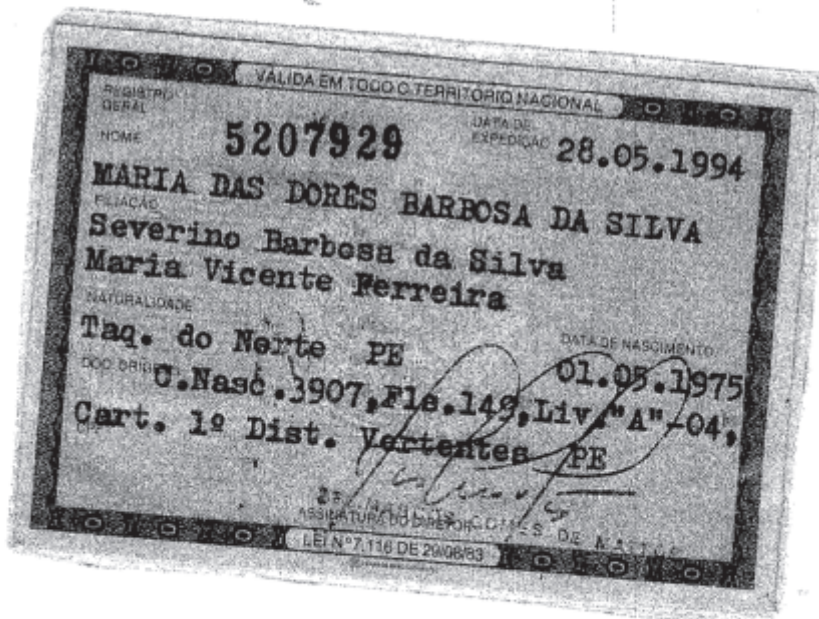
STAMP + ORTOP. + REPOUS

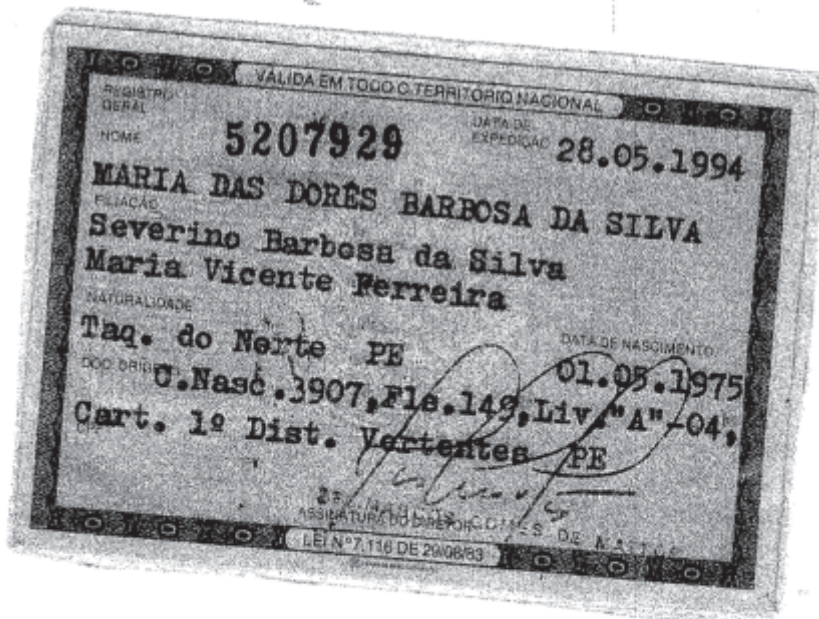
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
Custo Seguros - R\$ 1.000,00
Av. Duil Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Dr. Sérgio Henrique
CREMERE 18.337

01 JUL 2019

ATEDENTE: ROUZE MANUELLA ARAUJO CELESTINO DE MOURA





Informações sobre o veículo

Placa: PEL-8582

Espécie/ Tipo: PAS / AUTOMOVEL

Marca/ Modelo: FIAT/UNO MILLE WAY ECON

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 5 / 66 / 1000

Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9BD15844AD6789500

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2012/2013

Categoria: PARTIC



Informações sobre o veículo

Placa: PEL-8582

Espécie/ Tipo: PAS / AUTOMOVEL

Marca/ Modelo: FIAT/UNO MILLE WAY ECON

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 5 / 66 / 1000

Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9BD15844AD6789500

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2012/2013

Categoria: PARTIC



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200064326
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Dores Barbosa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Basilio de Queiroz, 01 Casa
Gravata do Ibiapina Taquaritinga do Norte PE CEP: 55790-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5207929
Data local do acidente: [01/07/2019]
Data local do exame: [14/02/2020] CARUARU [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

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

Tratamento: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA

Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

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

MARCHA CLAUDICANTE E REDUÇÃO GRAVE DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO

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

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não

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

DANO 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado 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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

Carimbo com Nome e CRM

Dra. Andrea Rodrigues Madeira

CPF - 846.667.813-15

CRM/PE - 19953


Andrea R. Madeira
CRM-19953

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310420/19

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES
BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

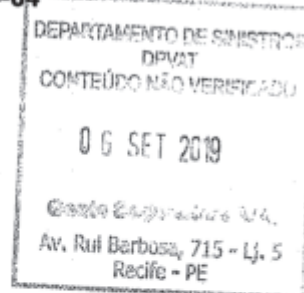
Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA : 869.864.574-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Mrs. Idas Doris Barbosa da Silva
DATA DO ACIDENTE 01-07-19 CPF DA VÍTIMA 869.864.574-72
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adriana M^{te} Maria de A. Fernandes
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR 2. Rosário Alves da Rocha
Nº 03 COMPLEMENTO Vanc BAIRRO Centro
CIDADE Sto. Ingo do Cap. UF PE CEP 55192305
E-MAIL _____ TELEFONE 81, 91613907

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

01-08-19

IDENTIDADE

4.810.389558-06

ASSINATURA

Adriana M^{te} M.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052430/20

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA : 869.864.574-72

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: 07/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200064326 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO QUADRIL ESQUERDO ASSOCIADO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA ACARRETANDO MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.
SEM MENÇÃO A FISIOTERAPIA.
VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190521341 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DA PERNA ESQUERDA. PG 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO. EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO, A NÍVEL AMBULATORIAL E EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 5.207.929 SSP-PE CPF: 869.864.574-72
DATA DO ACIDENTE: 01/07/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA BASILIO DE QUEIROZ- 1 -GRAVATA DO IBIAPINA - TAQUARITINGA DO NORTE-PE.

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIAMOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA: ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE(PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS Q CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

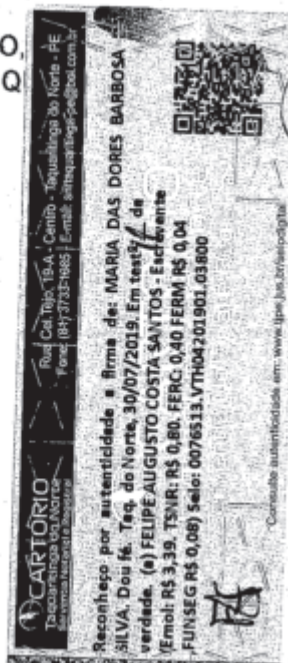
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE(PE), 24 DE JULHO DE 2019.



Maria das Dores Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 5.207.929 SSP-PE CPF: 869.864.574-72
DATA DO ACIDENTE: 01/07/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA BASILIO DE QUEIROZ- 1 -GRAVATA DO IBIAPINA - TAQUARITINGA DO NORTE-PE.

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIAMOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA: ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE(PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS Q CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

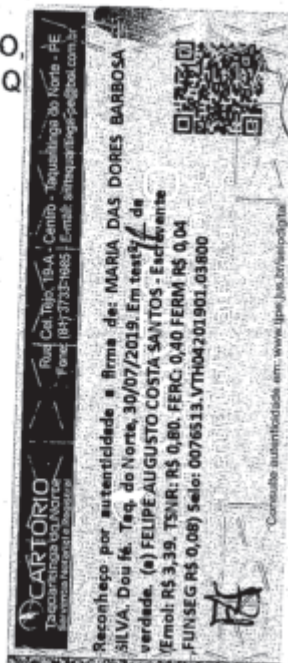
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE(PE), 24 DE JULHO DE 2019.



Maria das Dores Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310420/19

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/07/2019

Titular do CPF: MARIA DAS DORES
BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA : 869.864.574-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052430/20

Vítima: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

CPF: 869.864.574-72

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA DAS DORES BARBOSA DA SILVA : 869.864.574-72

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: 07/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA