

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180506932**

Vítima: RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TARCIANA LIMA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: TARCIANA LIMA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000017252-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

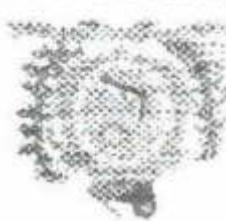


27/09/2018 - BANCO DO BRASIL - 11:37:32
273917676
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
273917676
EM DINHEIRO
CLINETE: TIRACIANA LIMA DOS SANTOS
AGENCIA: 2739-1 CONTA: 17.262-9
DATA
NR. DOCUMENTO
27/09/2018
27.391.767.000.173
VALOR DINHEIRO
273917676
VALOR TOTAL
NR. AUTENTICADO
D.838,2E4,D68,83E,0E4
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

SABEMI SEGURADORA S/A

26 OUT 2018

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 168º CIRUNSCRICAO - SAO JOSE DO
EGITO - DP168ºCIRC DINTER2/20ºDES/CC
DELÉGACIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
SAO JOSE DO EGITO - DP168ºCIRC DINTER2/20ºDES/CC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0258001236

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Cuidoso (Consumado)
que aconteceu no dia 19/09/2018 no periodo da Tarde
00:00:00
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/09/2018 as
11:09

388 - Bairro: CENTRO - MUNICÍPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 01, PE
Ponto de Fato: RODOVIA ESTADUAL
Local de Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros modos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO
NOGUEIRA DOS SANTOS

Qualificação das(s) pessoa(s) envolvida(s)

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS (presente no local) - Sexo:
Masculino Mae: MARIA GORDONHO DE MAGALHAES P/ao JOAO NOGUEIRA DOS SANTOS
Data de Nascimento: 19/01/1963 Naturalidade: PRINGUEIRA ISABEL / PARNAMBUCA /
BRASIL Documento: 4786046/99P/PE (RG) 04598388891 (GCH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escritório: 1º. GRAU IMCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefone: Celular:-88542731

Endereço: Rua JOAO EVANGELISTA DE MELLO, 280 - CEP: 8 - Bairro:
LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

TARGA LIMA DOS SANTOS (não presente no local) - Sexo: Feminino Mae:
MARIA DE LOURDES LIMA DOS SANTOS P/ao ANTONIO LIMA DOS SANTOS Data de



JOSÉ NOGUEIRA DOS SANTOS NETO (não presente ao plantão) - Sexo: MASCULINO Data de Nascimento: 13/2/1971 Naturalidade: CONCEICAO / PARAI BA / BRASIL Endereço Residencial: RUA JOAO EVANGELISTA DE MELLO, 288 - CEP: 6 - Bairro: LIBERDADE, 198 - CEP: 64000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA CORDEIRO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: FEMININO Data de Nascimento: 29/6/1972 Naturalidade: CONCEICAO / PARAI BA / BRASIL Endereço Residencial: RUA JOAO EVANGELISTA DE MELLO, 87 - CEP: 6 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA CORDEIRO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: FEMININO Data de Nascimento: 13/1/1955 Naturalidade: CONCEICAO / PARAI BA / BRASIL Endereço Residencial: RUA JOAO EVANGELISTA DE MELLO, 189 - CEP: 6 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA CORDEIRO DE LOURDES LIMA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: FEMININO Data de Nascimento: 13/1/1958 Naturalidade: CONCEICAO / PARAI BA / BRASIL Endereço Residencial: RUA JOAO EVANGELISTA DE MELLO, 180 - CEP: 6 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES (não presente ao plantão) - Sexo: FEMININO Data de Nascimento: 14/11/1943 Naturalidade: GONCALVES / GONCALVES DE MELLO, 180 - CEP: 6 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES (não presente ao plantão) - Sexo: FEMININO Data de Nascimento: 14/11/1943 Naturalidade: GONCALVES / GONCALVES DE MELLO, 180 - CEP: 6 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSÉ ADRIANO CORDEIRO AVELINO (presente ao plantão) - Sexo: MASCULINO Data de Nascimento: 13/9/1978 Naturalidade: MARIA GORETHA / MARIA GORETHA DE MAGALHÃES / MARIA GORETHA DE MAGALHÃES / MARIA GORETHA DE MAGALHÃES Endereço Residencial: RUA SINDEES MARIA / PARAI BA / BRASIL Endereço Residencial: RUA SINDEES MARIA / PARAI BA / BRASIL

GILVAN BARBOSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: MASCULINO Data de Nascimento: 3/7/1993 Naturalidade: MARCOS BARBOSA DE OLIVEIRA / MARCOS BARBOSA DE OLIVEIRA Endereço Residencial: RUA SINDEES MARIA / PARAI BA / BRASIL

TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

NASCIMENTO, S/21979 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO
CEP: 56378-077 / S/DE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escalão: 1º. GRAU INCOMPLETO
Endereço: Rua JOSÉ EVANGELISTA DA MELLO, 289 - CEP: 6 - Bairro:
LIBERDADE - TRINHÔ/PERNAMBUCO/BRASIL

CCP AZUL - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemeto / Observação

A VITIMA COMPARTEU A ESTA DELÉGACIA DE POLÍCIA E RELATOU QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADOS SE DESELOCAVA COM SEUS FILHOS RUMO A SUA RESIDÊNCIA QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, SAINDO DA RODOVIA E CAPOTOU; QUE A TESTEMUNHA PRESTOU UM AUXÍLIO E AS VITIMAS FORAM ENGAJADINHAS PARA VARIOS HOSPITAIS DA REGIÃO.

ASSINATURA da(s) pessoa(s) presente neste inquérito policial

WILHELMUS DE MELLO DOS SANTOS
(VITIMA)
JOSE ADRIANO CORDEIRO AVELINO
(TESTEMUNHA)
WILSON BARBOSA DE OLIVEIRA
(TESTEMUNHA)
EDILSON CLOVIS DE OLIVEIRA
(TESTEMUNHA)
EDILSON CLOVIS DE OLIVEIRA
168 - CIPOLLINA
010 - CIPOLLINA
B.O. registrado pol: EDSON CIPOLLINA DE NASCIMENTO - MATRÍCULA: 3276622

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PARANÁ - BRASILIA
MATERIAL PROVIMENTO DE DOCUMENTOS
MATERIAL PROVIMENTO DE DOCUMENTOS
PE

Guarulhos
Sobreface
de Sobre

SE16-00719841-PTP10201606-00165

RECE 36 Q,34, TOTAL R\$ 4,09

ITEM 36 Q,41, TENS R\$ 0,68

de 2013, Substância: DIVARNEIDE HENNEDE DS
apresentada: dou fe. - timbro, o9 de outubro
SOMA.

certifico que a presente copia é a
regulada pelo ofício do original que te fez
apresentada dou fe. - timbro, o9 de outubro
de 2013, Substância: DIVARNEIDE HENNEDE DS

Guarulhos
Sobreface
de Sobre

Capítulo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAMPUS 1 - ASSISTÊNCIA DO BENEFICIÁRIO

Queremos formar os famílos

RECEBIDO

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

Local e Dete

Guadalupe, 25 de Setembro de 2018.

Declaro amda estar certo de que a autoração para a realização dessa perícia não significa previa concordância com a futura utilização ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Com o objetivo de permitir o exame de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que essa devida seja devida a processo que permita a análise da minha documentação para a correção da existência de grau de lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

do respetivo pedílio.

DPVAT: ou seja, se a mercadoria ou os serviços destinados a terceiros forem destinados a terceiros para fins de prova do Seguro

Assimilar uma das opções abaixo:

imedical, sob as Pernas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 11.949/74), uma vez que

CPF do Representante Legal	060.624.864-14	Nome da Unidade Sistêmica	União da Ilha das Flores
E-mail	uniao.das.ilhas@uol.com.br	Endereço	Rua das Flores, 100 - Centro - Ilha das Flores - RJ - 28700-000
Telefone (DDD)	(22) 2846-1036	CEP	28700-000
		E-mail	uniao.das.ilhas@uol.com.br

RE-RESENTANCE LEGAL DA VITIMA

Romelethi Natália Thaynara dos Santos
Nome completo da vítima
CPF da Vítima
Data do Acidente
19/02/2018

declaragão no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

mae ou tutor). O formulário deve ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

deverá assimilar a dedicação no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

seja aplicável) sem recursos. O Representante Legal é obrigado para os seguintes casos:

INFÓRMATE PUEDES PARA PREENCHIMENTO:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorafalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

LIDER Seguradora

ESTASE JUGULAR	EDEMA DE MML	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS	DEFICIT MOTORFACE	DM MSD	DM MSE	DM MID	DM MIE
----------------	--------------	---------------	--------------	-------------------	--------	--------	--------	--------

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	AUANDO RESPIRA
BRACO E	BRACO D	ABDOME ESCAPULA MANDIBULA TORAX POSTERIOR
DURACAO DA DOR	LOCALIZACAO	IRRADIACAO DA DOR
INTENSA	MODERADA	LEVE
DOR TORACICA		

RITMO SINUSAL	PALPITAÇOES	TAGUICARDIA	BRADICARDIA	DISPNEIA AOS ESFORÇOS	DISPNEIA EM REPOUSO	DISPNEIA P. NOTURNA	CIANOSE

CONSCIENTE	ORIENTADO	DESORIENTADO	ANSIOSO	COMATOSO	NAO ATENDE VOZ DE P.MANDO	AGITADO

PA	P	R	T	SP02	MODERADA	GRAVE	REGUA DE DOR	LEVE	PARA METROS	ACIDENTE DE TRABALHO (SIM /) NAO

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE	PROCEDÊNCIA	DOENÇAS P. EXISTENTES:	INTOLERÂNCIA / ALERGIA:	PA	P	R	T	SP02	MODERADA	GRAVE	REGUA DE DOR	LEVE	PARA METROS	ACIDENTE DE TRABALHO (SIM /) NAO

CLASIFICACAO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	CLASIFICACAO DE RISCO	SETOR DE URGENCIA E EMERGENCIA	FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

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: 09/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TARCIANA LIMA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000017252-9

Nr. da Autenticação ADB8AF0619252599

RECEBIDO

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura do Declarante

Local Data

Family/PE. Do de Outono de 2018.

Endereço	Av. da Independência	Número	124	Complemento		Barro	Centro	E-mail	hansc.aulweck@qmail.com
Endereço	Av. da Independência	Número	124	Complemento		Barro	Centro	E-mail	hansc.aulweck@qmail.com
CEP	56590-000	CEP	56590-000	CEP	56590-000	CEP	56590-000	CEP	56590-000
Estado	Paraná	Estado	Paraná	Estado	Paraná	Estado	Paraná	Estado	Paraná
Telefone	(41) 3846-1036	Telefone	(41) 3846-1036	Telefone	(41) 3846-1036	Telefone	(41) 3846-1036	Telefone	(41) 3846-1036

Declarado ande, sob as penas da lei para fins de prova de residência juntó a Seguradora Lider-DPVA, residir no endereço anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Recuso Informar

Suprimento de Seguros Privados - SUSEP, grago responsavel pelo control e fiscalizao dos mercados de segura, previdencia privada aberta, capitaliza e resseguro. Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, grago integrante da estrutura do Minstrio da Fazenda, tem por finalide discplina, aplicar penas administrativas, receber, examinar e determinar as ocorrncias suspeitas de atividades ilicitas previstas na Lei n.º 9.613/98.

A recusa em fornecer as informações de **proteção 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.

A Circular SUSPE^º nº 445/12, que trata da Prevenção à Lavagem de dinheiro no mercado Segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir Cadastro de Informações de Identificação Pessoal, informações acerca da Proissão e da profissão, além dos documentos de identificação pessoal, informações envolvendo pagamento de imobilizações. Este cadastro deve constar, além dos dados de identificação pessoal, informações envolvendo o pagamento de imobilizações. Este cadastro deve ser efectuado com probabilidade.

<http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIP0=1&CODIGO=29636>

O preenchimento desse formulário é parte integrante do processo de liquidagão de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

LIDER
Seguradora

BOLETÍN DE EMERGENCIA





IDENTIFICAÇÃO

Vítima Ramelly Nogueira dos SantosDATA DO ACIDENTE 11/08/2018

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM AVÍTIMA ÉENDERECO DO PORTADOR Rua 15 de NovembroNº 124 COMPLEMENTO Bairro CentroCIDADE Linhares UF PE CEP 56.850-000E-MAIL linc.c.adm@caixa.gov.br TELEFONE (47) 3846-1036

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 CARTEIRA 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) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE (CÓPIA AUTENTICA) ELETRÔNICA 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 RI (CÓPIA AUTENTICA) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICA), COM DOCUMENTO OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO26 OUT 2018
SABEMI SEGURO DA S/A

TALDE DE INDENIZAÇÃO

 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\$ 1.200,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR OU LIGUE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE A HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE A HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE A HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

• DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (CÓPIA AUTENTICA)

• SE REPRESENTANTE LEGAL É QUIEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 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) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTALHADA DE INDENIZAÇÃO → 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\$ 1.200,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180506932 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: F

Resultados terapêuticos: T

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180506932 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

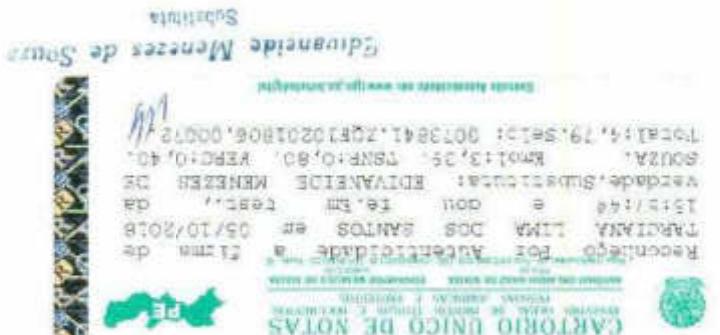
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DE 21/02/2019.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Quimica do Jardim

Triunfo/PE, 25 de Setembro de 2018.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o Outorgado Acima Qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento - Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo tanto requerer o que necessário for, assimar, subscrever esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para preferito cumprimento desse mandado, da vítima: **RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS.**

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, 15 de Novembro, nº 124, Centro, Trifunfo - PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

OUTORGANTE: RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, estudante, portadora da Certidão de Nascimento nº 13.163, fls. 029, Lívro nº 66, neste ato representada por sua genitora TARCIANA LIMA DOS SANTOS, brasileira, solteira, portadora da Certidão de Nascimento nº 13.163, fls. 029, Lívro nº 66, neste ato representada por sua genitora TARCIANA LIMA DOS SANTOS, brasileira, solteira, agricultora, portadora da Carteira de Identidade nº 6697807 SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.624.864-17, ambas residente e domiciliada na Rua João Evangelista de Melo, nº 180, Liberdade, Timóteo/PE, CEP: 56.870-000.

RECEBIDO

PROCURAGAO PARTICULAR

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: TARCIANA LIMA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180506932

Vitima: RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180506932**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **TARCIANA LIMA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180506932**
Vitima: **RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **19/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180506932**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

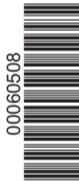
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180506932

Vítima: RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

