

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, 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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 (excusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (pai, mãe, tutor ou curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Nome do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: Nome completo da vítima: **Romário Notória N. dos Santos**

Nome completo: Tarciana Lima dos Santos		CPF titular da conta: 060.624.864-14	Problema: Ataque cardíaco
Endereço: Rua São Domingos de Melo	Número: 180	Estado: PE	CEP: 56.870-000
Bairro: Belvedere	Cidade: Juazeiro	Email: lms.advocacia@gmail.com	
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (101)
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (141)
Banco: Banco do Brasil	
AGÊNCIA: 3000 10 BRASIL	CONTA: 001
AGÊNCIA: 0739	CONTA: 47352
DIV: 9	DIV: 9

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na conta informada.

Local e Data:

Juazeiro PE 05 de Setembro de 2018.
Tarciana Lima dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

27/09/2016 - BANCO DO BRASIL - 11:37:32
273917676
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: TARCIANA LIMA DOS SANTOS
AGENCIA: 2739-1
CONTA: 17.252-9

DATA
NR. DOCUMENTO
VALOR DINHEIRO
VALOR TOTAL
27/09/2016
27.391.767.600,173
27.391

NR. AUTENTICACAO
D. B38.2E4.D68.83E.CE4
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

SABEMI SEGURADORA S/A

26 OCT 2018

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
EGITO - DP168.CIRC.DINTER/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0258001236

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/09/2018 às 11:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 19/8/2018 no período da Tarde

Tabo ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 01. PE
366 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL -
Ponto de Referência: PROXIMO A RIACHO DO MEIO
Local de Fato: ROBOVIA ESTADUAL

Personas involucradas en la ocurrencia:

JOAO HA (AUTOR AGENTE)
JOSE ADRIANO CORDEIRO AVELINO (TESTEMUNHA)
GILVAN BARBOSA DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)
FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA)
TARCILIA LIMA DOS SANTOS (VITIMA)
RANIELLY NATAIA NOGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA)
JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA)
PEDRO NOGUEIRA DOS SANTOS NETO (VITIMA)
MARIA DE LOURDES LIMA DOS SANTOS (VITIMA)
MARIA CORDEIRO DE MAGALHAES (VITIMA)

Object(s) envellido(s) na embalagem:

MELO, (outros motivos), que estava em posse de(a) Sr(a): FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS

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

RANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo:
 Masculino Mãe: **MARIA GONDIM DE MACHALLES** Pai: **JOÃO NOGUEIRA DOS SANTOS**
 Data de Nascimento: 19/8/1963 Naturalidade: **PRINCEISA ISABEL / PARAIBA /**
BRASIL Documentos: 478645/99/PE (RG), 6456388891 (CNP) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
 Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones: Celulares - 98543711

Endereço Residência: RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 200 - CEP: 8 - BARRIO:
LIBERDADE - TRINIDAD/PERNAMBUCO/BRASIL

MARCIA LIMA DOS SANTOS (nao presente no plantao) - Sexo: Feminino - Mãe: MARIA DE LOURDES LIMA DOS SANTOS Pat. ANTONIO LIMA DOS SANTOS Data de

Thank you

21/05/2018 11:07



CARTORIO UNICO DE NOTAS
 REGISTRAR, EM BRASILEIRO, PORTUGUES E INGLÊS
 ESCRITAS, ATTESTADOS E CERTIFICADOS

PE

74

10

preu

991

3

Do

4/71

MANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: TARCIANA LIMA DOS SANTOS Pat: FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS Data de Nascimento: 12/8/2003 Nacionalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: ESTUDANTE Endereço Residência: RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 200 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

EDRO NOGUEIRA DOS SANTOS NETO (não presente no plantão) - Sexo: masculino Mãe: MARIA CORREIO DE MACHALHES Pat: JOÃO NOGUEIRA DOS SANTOS
Data de Nascimento: 29/8/1972 Nacionalidade: CONGOLÊS / PARAIIBA / BRASIL Documentos: 286642/SSP/PF (RG) Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: RUA JOÃO EVANGELISTA DE MELO, 67 - CEP: 0 - BREVÊ:
LIMREDADE - TRIMUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

ARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES (não presente no plantão) - Sexo:
eminino Mãe: EUCLIDES ALVES DE MAGALHÃES Pai: EUCLIDES CORDEIRO DE
MAGALHÃES Data de Nascimento: 14/11/1945 Naturalidade: CONCEIÇÃO / PARAIBA / BRASIL
Endereço Residência: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, RUA PROJETO, LIBERDADE, 130 -
EP: 64000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

OSÉ ADRIANO CORDEIRO AVELINO (presente no plantão) - Sexo: masculino Mãe: MARIA CORDEIRO AVELINO Data de Nascimento: 19/10/1978 Naturalidade: RIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residência: RUA VICENTE JOSE DOS SANTOS, 33 - CEP: 8 - Bairro: LIBERDADER RIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

utilização do(s) objeto(s) envolvido(s)

Cartório Único de Notas

Repetição (1) do original que me
apresentado em 26. Junho/ 09 de out
de 2018. Substitua: SOLANGE MENDES
SOUSA. Emissão 3,41, TNP RS 0
FIRMS RS 14, Total 14

Plaza CITY392 (PERNAMBUCO/TRANSO) Ribeirama: 4741864 (Fax): 980256RHLLC017436
Ano e fabricacao/Modelo: 1998/1998 Combustivel: DIESEL
Descricao: CAMIONETA EM VERBADEIRO CUSTO DE LUXO

A ÚLTIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA E RELATOU QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADOS SE DESLOCAVA COM SEUS FAMILIARES RUMO A SUA RESIDENCIA QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, SAIU DA RODOVIA E CAIOU; QUE AS TESTEMUNHAS PRESTARAM AUXILIO E AS VITIMAS FORAM ENCAMINHADAS PARA VARIOS HOSPITAIS DA REGIAO.

Francisco Migueis Brand

(ATTENTION) Please Refer to

(1888)

(TESTIMONY)

INSTITUTO DE REGISTRO E CARTÓRIO DE SÃO PAULO

KIRKWOOD, KATHLEEN B. KIRKWOOD, KATHLEEN B.
 KIRKWOOD, KATHLEEN B. KIRKWOOD, KATHLEEN B.

representados por doze cidadãos que se votou

ERRC	\$5	0.34	Total	\$5
				6.09

Edin

APPENDIX A

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá 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");

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Romelly Natália Nogueira dos Santos</i>	CPF da Vítima	Data do Acidente <i>19/08/2018</i>
---	---------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal <i>Josiana Lima dos Santos</i>	CPF do Representante Legal <i>060.624.864-11</i>
E-mail <i>jim.observacao@gmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>(81) 3546-1036</i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SABEMI SEGURADORA S/A
26 OUT 2018
RECEBIDO

Guilherme, 25 de *Setembro* de 2018.
Local e Data

Josiana Lima dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

NOME: <i>Romulo Roberto Gomes</i>		CLASSIFICAÇÃO		VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
SITUAÇÃO/QUEIXA:							
<i>Acidente de trânsito ocorrido no dia 15/08/2014.</i>							
<i>PA - 100x70mm</i>							
PROCEDÊNCIA							
RESIDÊNCIA		VIA PÚBLICA		TRABALHO		UNIDADE DE SAÚDE	
DOENÇAS PREEXISTENTES:							
INTOLERÂNCIA/ALERGIA:							
PARÂMETROS							
PA	P	R	T	SP02	HGT	GLASGOW	PESO
REGUA DE DOR				MODERADA		GRAVE	
ACIDENTE DE TRABALHO () SIM () NÃO							
CONSCIENTE		ORIENTADO		DESORIENTADO		ANSIOSO	
AGITADO		TORPOROSO		COMATOSO		NÃO ATENDE VOZ DEPMANDO	
RITMO SINUSAL		PALPITAÇÕES		TAQUICARDIA		BRADICARDIA	
DISPNEIA AOS ESFORÇOS		DISPNEIA EM REPOUSO		DISPNEIA P. NOTURNA			
CIANOSE		PALIDEZ		SUDORESE			

DOR TORÁCICA		MODERADA		LEVE	
INTENSA		LOCALIZAÇÃO			
DURAÇÃO DA DOR		IRRADIAÇÃO DA DOR			
BRAÇO E		ABDOMEN		MANDÍBULA	
DOR PRESENTE		DOR PRESENTE		TÓRAX POSTERIOR	
EM REPOUSO		AOS ESFORÇOS		QUANDO RESPIRA	

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

FLUXOGRAMA	
------------	--

Data 10/08/14

Enfermeira

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



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 SUSEP 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**.

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 Flavio Napoleão Cavallini (a) no CPF sob o nº 041.542.034 / 56 do Beneficiário Ronelly Roberto N. dos Santos inscrito no CPF sob o nº 041.542.034 / 56 do sinistro de DPVAT cobertura Seguro da vítima Ronelly Roberto N. dos Santos, inscrito no CPF sob o nº 041.542.034 / 56, determinação da Circular Susep 445/12;

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Renda Informave 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		Rua 15 de Novembro		Cidade		Juiz de Fora		Estado		CEP		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
Bairro		Centro						PE		55 840-000				(81) 33846-1036	
Email		lms.advocacia@gmail.com													

Juiz de Fora, de 09 de Outubro de 2015.

Local e Data

Assinatura do Declarante

RECEBIDO

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Nogueira dos Santos

RG nº 4785945, data de expedição 1 / 1 / 2018

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 043.577.094 - 23, com

domicílio na cidade de Itumbara, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua São Domingos de Melo, nº 180,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Roselly Natália Nogueira dos Santos cujo o condutor era

Francisco Nogueira dos Santos.

Veículo: GM/Vexano Custom 1600cc

Modelo: 1990

Ano: 1990

Placa: CIT1398

Chassi: 9BG256RH LK C01430

Data do Acidente: 19/08/2018

Local e Data: Itumbara/PE, 25 de Setembro de 2018.

Assinatura do Declarante

Francisco Nogueira dos Santos



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





PREFEITURA MUNICIPAL DE TABIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 19.08.18 às 13:19		Nº Ocorrência: 08	15 anos
Nome: Jovanna, Alana, Mariana, do Nascimento		Sexo: F	Doc. Ident: 12.02.2003
Profissão: Estudante		End: Rua das Esmeraldas de N.º 100 SUS	
Responsável: Jovanna		End/Fone: 3122-1111	
Tipo de Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Consulta			

Pressão Arterial: 120/80	Peso: 50kg	Temperatura: 36,5°C
--------------------------	------------	---------------------

Histórico e Exame Físico: Adoleta, 15 anos, em estado de transtorno, com sintomas de ansiedade, agitação, tremor, e suor excessivo. A paciente apresenta	
---	--

Tratamento: Volta para casa, em regime de observação, com acompanhamento de enfermeiro e psicólogo. (primeira consulta - 19/08)	
--	--

Impressão Diagnóstica: Ansiedade	
-------------------------------------	--

Destino do Paciente Removido para Hospitais	
--	--

Óbito às _____ horas do dia _____	
-----------------------------------	--

Médico - Carimbo e CRM: _____	
-------------------------------	--

RECEBIDO

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

Dr. Jovanna
CRM: 11081

RECEBIDO

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

ABO 34346



Registro de acordo com Lei Nº 9.534/97 de 10 de Dezembro de 1997.

O referido é verdade e assina-se com o selo de autenticidade.

ATO GRATUITO
(RES. 131/99-TJPE)

Observações: Declaração de Nascido Vivo nº 14834971

foi declarante o genitor
e serviram de testemunhas
06.11.81 art 134
São avós paternos: João Nogueira dos Santos
e Dona: Maria Góes de Magalhães
e avós maternos: Antonio Lima dos Santos
e Dona: Maria de Lourdes Lima dos Santos

filho(a) de: Francisco Nogueira dos Santos
do sexo: Feminino
natural: natural
e de Dona: Tarciana Lima dos Santos
natural: natural

nascido(a) aos doze(12) de julho de 2003
Unidade Mista Felinto Wanderley - Triunfo - Pernambuco.

foi feito hoje, o assento de
Certifico que as folhas 029 do livro Nº A 66
do registro de nascimento de HANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS.

Eu, GILVAN FELISARDO SOARES, Oficial do

NASCIMENTO Nº 13.163

MUNICÍPIO de Triunfo e Triunfo

ESTADO de Pernambuco

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Gilvan Felisardo Soares
Delegado do Registro Civil
Natalia - Comarca de Triunfo-PE



ONILSON RESENDA GIL, SOARES
CPE 122.242.004-04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E-10932

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E TAVANIS DE RUA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE




RECEBIDO

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6697807

27.07.2000

DATA DE EMISSÃO

TARCIANA LIMA DOS SANTOS

Antônio Lima dos Santos

Maria de Lourdes Lima dos Santos

Serra Talhada-PE

08.02.1979

DATA DE NASCIMENTO

DOC. GROSSO N.º 3.742 1.458 F. 72V Cart.

Trujão-PE


ASSINATURA DO TITULAR

LEI N.º 7.116 DE 2013

CPF

060.624.864-17

MINISTÉRIO DA FAZENDA



RECEBIDO

26 OUT 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727865856

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA - COD RENAVAM 4741064 RNTRO. EXERCICIO 2018

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS

TRIUNFO-PE

052.577.094-23 PLACA CIT7398

CHASSI 98G256RHLLC017430

COMBUSTIVEL DIESEL

ANO FAB. 1990 ANO MOD. 1990

COR PREDOMINANTE AZUL

CATEGORIA PARTIC

VEIC. COTA UNICA

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OSERVACOES

TRIUNFO

25/08/18

Charles Anderson Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OITIMO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727865856 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS

TRIUNFO-PE

052.577.094-23 PLACA CIT7398

CHASSI 98G256RHLLC017430

COMBUSTIVEL DIESEL

ANO FAB. 1990 ANO MOD. 1990

COR PREDOMINANTE AZUL

CATEGORIA PARTIC

VEIC. COTA UNICA

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OSERVACOES

TRIUNFO

25/08/18

Charles Anderson Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OITIMO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727865856 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS

TRIUNFO-PE

052.577.094-23 PLACA CIT7398

CHASSI 98G256RHLLC017430

COMBUSTIVEL DIESEL

ANO FAB. 1990 ANO MOD. 1990

COR PREDOMINANTE AZUL

CATEGORIA PARTIC

VEIC. COTA UNICA

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OSERVACOES

TRIUNFO

25/08/18

Charles Anderson Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ranely Nataly Nogueira dos Santos
DATA DO ACIDENTE 19/08/2018 CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Praca 15 de Novembro
Nº 124 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
CIDADE Juazeiro UF PE CEP 56.540-000
E-MAIL linc-advocacia@gmail.com TELEFONE (81) 3846-1036

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIEM 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

- VALORE 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

RECEBIDO
SABEM SEGURADORA S/A
26 OUT 2018

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
Valoração 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

Valoração 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

26 OUT 2018

RECEBIDO

OUTORGANTE: RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, estudante, portadora da Certidão de Nascimento nº 13.163, fls. 029, Livro nº A 66, neste ato representada por sua genitora **TARCIANA LIMA DOS SANTOS**, brasileira, solteira, agricultora, portadora da Cédula 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, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 – PABX: (87) 3846.1036.

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 para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS.**

Triunfo/PE, 25 de Setembro de 2018.

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Edvaneide Meneses de Souza
Substituta

Summary

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

Carta nº 13534285



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

