

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190644371**

**Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190644371**

**Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190644371**

**Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO**

Em razão da falta de apresentação do(a) LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, FOLHAS CIRÚRGICAS, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial. Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190644371**

**Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190644371**      **Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: MARIA JOSE DA CONCEICAO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000001038**

**Conta: 0000052697-7**

**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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Guilherme Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

11 - Bairro:

8 - Cidade:

15 - E-mail:

9 - Número:

13 - Estado:

10 - Complemento:

14 - CEP:

16 - Tel (DDD):

17 - Tel (DDI):

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

12 - Nome completo do Representante Legal:

13 - CPF do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUIO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.000 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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. Ativale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (dados de banco)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de exíbito)

(Informar o dígito de exíbito)

AGÊNCIA:

CONTA:

6000 3462

7

(Informar o dígito de exíbito)

(Informar o dígito de exíbito)

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

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

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

Não há IML que atende 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 de 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 Lider 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu(viveram)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Aquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

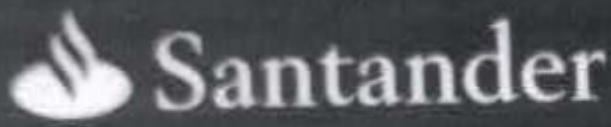
37 - [\*] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, *Braga da Madre de Deus 08/13/13*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Santander



POUPANÇA

5021 2126 0335 3645

MEMBER  
SINCE

09/14

GOOD  
THRU

09/2

MARIA J CONCEICAO

1147 60003462-7

MasterCard

débito

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Guilherme Ferreira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 46/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - CEP:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (GPO):

81 993046999

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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 citados. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Pode ser banco)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: 4147

CONTA: 20003462

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no 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 ALIENIÇA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI 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 costas 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 discordar da sua constatação.

## 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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Sim

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

33 - Vítima deixou

Sim

34 - Vítima deixou

Não

teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

Sim

raso/uso (não uso)?

Não

leve/irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Vivos:

Falecidos:

Sim

33 - Vítima deixou

irmãos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

35 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

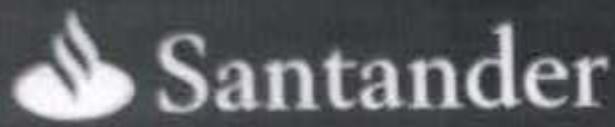
40 - Local e Data, *Brasília da Madre de Deus 08/11/19*

✓ *Maria José da Conceição*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Santander



POUPANÇA

5021 2126 0335 3645

MEMBER  
SINCE

09/14

GOOD  
THRU

09/2

MARIA J CONCEICAO  
4147 60003462-7

MasterCard

débito

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Guilherme Ferreira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 46/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - CEP:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (GPO):

Recuperar

81 993046999

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:

Declare, 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  
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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 citados. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Pode ser banco)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: 4147

CONTA: 20003462

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no 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 ALIENIÇA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinei 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 costas 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 discordar da sua constatação.

## 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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Sim

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

33 - Vítima deixou

Sim

34 - Vítima deixou

Não

teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

Sim

raso/mais?

Não

leve/mais?

Sim

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

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

CPF:

Assinatura da testemunha

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

CPF:

Assinatura da testemunha

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

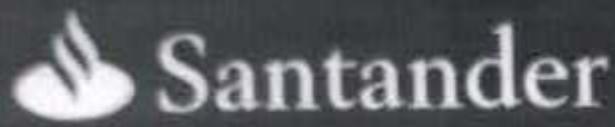
38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha



Santander



POUPANÇA

5021 2126 0335 3645

MEMBER  
SINCE

09/14

GOOD  
THRU

09/2

MARIA J CONCEICAO  
4147 60003462-7

MasterCard

débito



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64<sup>ª</sup>CIRC  
DINTER1/12<sup>ª</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154001206

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/11/2019 às 09:44

Complementa o BO Número:

19E0154001146

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 29/2018 no período da Manhã**

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTO

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

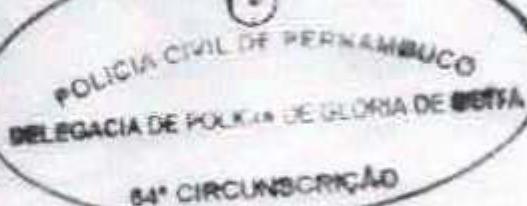
Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR / AGENTE )

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO ( NOTICIANTE )

SEVERINO JOSÉ DA SILVA ( OUTRO )

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS ( VÍTIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ JURANDY FERREIRA Data de Nascimento: 1/10/2003 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1<sup>º</sup> GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/3/1983 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 6621556/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1<sup>º</sup>, GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PDM8219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0010GR412692

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

## Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÃO TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste-HRA.

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

GUILHERME FERREIRA DOS  
SANTOS  
(VITIMA)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento  
Comissário Especial da Polícia  
Mat. 159.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64°CIRC  
 DINTER1/12°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001146

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/10/2019 às 11:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/9/2018 no período da Manhã

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTO

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR / AGENTE )

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO ( NOTICIANTE )

SEVERINO JOSÉ DA SILVA ( OUTRO )

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS ( VÍTIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ JURANDY FERREIRA Data de Nascimento: 1/10/2003 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SITIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/3/1983 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 6621556/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SITIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PDM8219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0610GR412692

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCOOL/GASOL.

### Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÃO TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE-HRA.

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

Guilherme Ferreira dos Santos maria José da conceição

GUILHERME FERREIRA DOS  
SANTOS  
(VITIMA)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo Nascimento  
Comissário Especial de Polícia  
Mat. 159.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64<sup>a</sup>CIRC  
 DINTER1/12<sup>a</sup>DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154001206**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2019** às 09:44

Complementa o BO Número:

**19E0154001146**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **2/9/2018** no período da Manhã

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTO

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

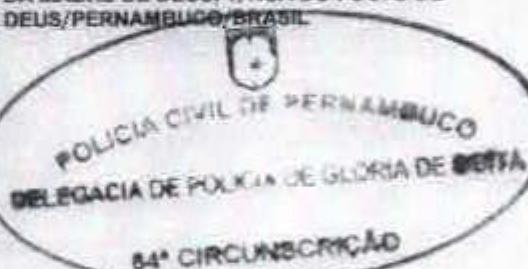
Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR / AGENTE )

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO ( NOTICIANTE )

SEVERINO JOSÉ DA SILVA ( OUTRO )

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ JURANDY FERREIRA Data de Nascimento: 1/10/2003 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1<sup>º</sup>. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/3/1983 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 6621556/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1<sup>º</sup>. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDO Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PDMM219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0816GR412692

Ano Fabricação/Modelo: Combustível: ALCO/IGASOL  
2015/2015

Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÃO TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE-HRA.

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

GUILHERME FERREIRA DOS  
SANTOS  
(VITIMA)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO  
(NOTICIANTE)

*Guilherme ferreira dos Santos* *Maria José da Conceição*  
B.O. registrado por: *SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO* - Matrícula: 159.816-3

*Severino Evaldo do Nascimento*  
Comissário Especial da Polícia  
Mat. 159.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64°CIRC  
 DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001146

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/10/2019 às 11:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/9/2018 no período da Manhã

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTO

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR / AGENTE )

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO ( NOTICIANTE )

SEVERINO JOSÉ DA SILVA ( OUTRO )

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS ( VÍTIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ JURANDY FERREIRA Data de Nascimento: 1/10/2003 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SITIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/3/1983 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 6621556/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SITIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDO Objeto apreendido: Não  
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)  
Placa: PDM8219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0816GR412892  
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCOOL/GASOL

## Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÃO TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste-HRA.

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

*GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS maria Jose da conceição*

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO  
(VITIMA) (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: *SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO* - Matrícula: 159.816-3

*Severino Evaldo do Nascimento*  
Comissário Especial da Polícia  
Mat. 159.816-3



**Firma nos Cartórios**  
 6º Cartório de Notas  
 Av. Brigadeiro Luiz Antônio 475  
 São Paulo - SP  
 2º Cartório de Notas e 3º Ofício  
 Curitiba - PR  
 Arnaldo Maciel - Recife - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**  
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE SÃO DOMINGOS  
MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS  
ESTADO DE PERNAMBUCO

**JOSÉ QUINTINO DE LIMA - OFICIAL  
JOSÉ QUINTINO DE LIMA FILHO - SUBSTITUTO**

Registro feito no dia 28 de Outubro de 2003

Testemunhas: Dispensadas conforme art. 197 do Reg. Interno da Corregedoria deste estado.

deste Estado. Declarante: O Genitor.

Obs: to Gre to



São Domingos 28 de Outubro de 2003

ANDES-PE  
40312  
alido somente com afor  
? autenticação e  
/1124/AN

# 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: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000052697-7

---

Nr. da Autenticação E9EC1D223D118CD0

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5596

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO MARQUES AQUIAR

CPF: 636.234.954-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

VI MANDASSAIA 2

MANDASSAIA RURAL/MANDASSAIA  
55170-000 BREJO DA MADRE DE DEUS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

DATA DE VENCIMENTO

**04/09/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**0,00**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

28/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO  
28/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
075474314

CONTA CONTRATO

004007092542

Nº DO CLIENTE  
2001505334

Nº DA INSTALAÇÃO  
0006470993

CLASSIFICAÇÃO

**B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL**  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

622E.F9D6.A396.9809.9850.6972.14F1.0462

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	155,00	0,43561143	67,51
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,15
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,03
Contribuição CERAPE - (881) 3722-8900			3,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>76,69</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO		
0,00	0,00	73,69	0,74	0,54	73,69	3,42	3,52

EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencimento	Dt. Refer	Valor
05/08/19	28/08/19	92,13

Este comunicado NÃO exibe/retira avaria de débitos anteriores a NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme se critérios definidos no Art. 95 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito EPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO				
	Consumo Ativo(kWh)	8.61748000	AGO	19	155
			JUL	19	168
			JUN	19	163
			MAI	19	234
			ABR	19	192
			MAR	19	164
			FEV	19	142
			JAN	19	207
			DEZ	18	201
			NOV	18	189
			OUT	18	282
			SET	18	177
			TOTAL	18	167
			AGO	18	

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5596

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO MARQUES AQUIAR

CPF: 636.234.954-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

VI MANDASSAIA 2

MANDASSAIA RURAL/MANDASSAIA  
55170-000 BREJO DA MADRE DE DEUS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

DATA DE VENCIMENTO

**04/09/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**0,00**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

28/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO  
28/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
075474314

CONTA CONTRATO

004007092542

Nº DO CLIENTE  
2001505334

Nº DA INSTALAÇÃO  
0006470993

CLASSIFICAÇÃO

**B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL**  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

622E.F9D6.A396.9809.9850.6972.14F1.0462

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	155,00	0,43561143	67,51
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,15
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,03
Contribuição CERAPE - (881) 3722-8900			3,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>76,69</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO		
0,00	0,00	73,69	0,74	0,54	73,69	3,42	3,52

EM ATÉ 15 DIAS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencimento	Dt. Refer	Valor
05/08/19	28/08/19	92,13

Este comunicado NÃO exibe/retira avaria de débitos anteriores a NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme se critérios definidos no Art. 95 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito EPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO				
	Consumo Ativo(kWh)	8.61748000	AGO 19	155	155
			JUL 19	168	168
			JUN 19	163	163
			MAI 19	234	234
			ABR 19	192	192
			MAR 19	164	164
			FEV 19	142	142
			JAN 19	207	207
			DEZ 18	201	201
			NOV 18	189	189
			OUT 18	262	262
			SET 18	177	177
			TOTAL	167	167
			AGO 18		

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA

HR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 442448 Prontuário: 324617  
 Nome: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS  
 Data Nasc.: 01/10/2003 Idade: 14 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
 CPF: RG:  
 CNS: 896002973809276  
 Endereço: SITIO MANDASAI  
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS  
 CEP: 55170000 Fone: 996670773 Profissão: ESTUDANTE  
 Nome da Mae: MARIA JOSE DA CONCEICAO  
 Acompanhante:  
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 02/09/2018 11:18

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Viatura de quebra no coto  
apertado no lado esquerdo*

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

*Fratura de coto  
lado esquerdo*

Diag. Provisório:

*Fratura de coto*

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data:

Horário:

*Typis*



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

#### Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

**Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.**

Name: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Data:** / /

八、卷之三

### Autorização de Procedimento

Paciente  Familiar

Name: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento:

### Assumptions

### Diagnóstico Definitivo:

### **Destino do Paciente**

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido

Transferência:  Internamento:

### Condicão de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: / / Hora: Médico: CRM:

02/09/2018 11:19:57 | Usuario do Atend

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE

21/9/18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

21/9/18

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Guilherme Fonseca dos Santos

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de clavícula E

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento conservador da clavícula E  
Alt 31/9/18

ALTA MÉDICA?

SIM  NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

SIM

NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONSIDERAR OU:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TESTAMENTO

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º Aclavado apresenta limitação motora visível  
no membro, não destruído. Tido de  
flexão e extensão em 50°.

Intubado  
Consciente  
31/10/18

Setembro

Dr. Peter Crispin  
CRM-PE 2144  
PARAÍBA  
Dr. Vitor Crispin  
CRM-PE 23184

319º 644377

## RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ACIDENTE: COLISÃO COM VEHÍCULO DA POLÍCIA MILITAR

DATA DO ACIDENTE: 30/9/19 | DATA DO ÍNICO DO TRATAMENTO MÉDICO: 30/9/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Guilherme Ferreira da Costa

CENTRO REPARTIMENTO DO ACIDENTE: TCE

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento ambulatório TCE  
ADT 38/9/19

ALTA MÉDICA: X NÃO

EXISTE ALGUM DEFECTO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  SIM  NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA NO PRAZO ATRAVEZ DO TRATAMENTO.  
 A INVALIDEZ É PERMANENTE, NO entanto, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFFECTADO

1º: Perda parcial de mobilidade  
2º: Com restrição de mobilidade constante, com limitação  
3º: Perda de função de continência, perda de  
4º: Vida letal

75% brando

PRAZO DE AVALIAÇÃO: 01/10/2019 NO PRAZO DE:

junto

Desembro

Poderá

31/10/2019

ASSESSORIA: C. C. C. C. C.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TAVARES BURIL



BRUNO CARVALHO



maria jozé da silva  
felicia

AS: MARIA JOSE DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE  
EXPEUCAO

15.03.2000

6621556

ARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Maria Severina da Conceição

VALIDADE

Brejo da Madre de Deus-PE. 29.03.1983.

DOC. ORIGEM C.N. 165. F. 42. L. "A"-A-1. Cart. Brejo da  
Madre de Deus-PE.

CPF

DATA DE NASCIMENTO

ASSINATURA DO DIRETOR

Lote 7.116 DE 29/08/83



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal**

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome

**MARIA JOSE DA CONCEICAO**

Nº de Inscrição

**012325894-46**

Data do Nascimento

**29/03/83**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190644371      **Cidade:** Brejo da Madre de Deus      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 02/09/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (1+/4+) EM OMBRO, ATROFIA MODERADA DA CINTURA ESCAPULAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, ATROFIA DE LEVE INTENSIDADE EM MUSCULATURA DELTOIDE.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 02/09/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO OITO EM FAIXA POR 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/02/2020

**Conduta mantida:**

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404796/19

**Vítima:** GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 012.325.894-46

**CPF de:** Representante

**Data do acidente:** 02/09/2018

**Titular do CPF:** MARIA JOSE DA CONCEICAO

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MARIA JOSE DA CONCEICAO : 012.325.894-46**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

**GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS : 012.325.894-46**

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](http://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: 19/11/2019  
Nome: MARIA JOSE DA CONCEICAO  
CPF: 012.325.894-46

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

MARIA JOSE DA CONCEICAO

Steffany Caroliny Lins Veloso

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398802/19

**Vítima:** GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 012.325.894-46

**Data do acidente:** 02/09/2018

**Titular do CPF:** MARIA JOSE DA CONCEICAO

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### MARIA JOSE DA CONCEICAO : 012.325.894-46

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS : 012.325.894-46

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](http://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: 13/11/2019  
Nome: MARIA JOSE DA CONCEICAO  
CPF: 012.325.894-46

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

MARIA JOSE DA CONCEICAO

Steffany Caroliny Lins Veloso

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404796/19

**Número do Sinistro:** 3190644371

**Vítima:** GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 012.325.894-46

**CPF de:** Representante

**Data do acidente:** 02/09/2018

**Titular do CPF:** MARIA JOSE DA CONCEICAO

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**MARIA JOSE DA CONCEICAO : 012.325.894-46**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 26/12/2019  
Nome: MARIA JOSE DA CONCEICAO  
CPF: 012.325.894-46

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

---

MARIA JOSE DA CONCEICAO

---

Steffany Caroliny Lins Veloso