
Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004358

Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), XAYANE TAVARES RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004358 Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

Data do Acidente: 01/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), XAYANE TAVARES RODRIGUES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.

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



Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004358

Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), XAYANE TAVARES RODRIGUES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004358

Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), XAYANE TAVARES RODRIGUES

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: XAYANE TAVARES RODRIGUES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001433

Conta: 0000057873-7

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, 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



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:

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

5 - Nome completo:

XAYANE TAVARES RODRIGUES

6 - CPF:

140.390.994-60

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

SÍTIO MATALOTA GEM

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

FLORES

9 - Número:

041

10 - Complemento:

CAS

15 - E-mail:

MJAQUELINAMARIZ.S@GMAIL.COM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.850-000

16 - Tel (DDD):

81.9.9912.3169

17 - Nome completo do Representante Legal:

GLENE RODRIGUES DOS SANTOS

18 - CPF do Representante Legal:

044.076-064-0

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☒

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1433

CONTA:

00013604

1

AGÊNCIA:

CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (ou Ovel)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Viuvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (filhos)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e assumirem 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Flores, 10 de Janeiro 2015

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS		
01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL		
17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS		
20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE		
22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE		
23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO		
34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS		
38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO		
40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 0800 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 9h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0269000572**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/11/2019** às
10:47

Complementa o BO Número: **19E0269000571**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **1/10/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO CAIÇARA -**
Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
MARIA APARECIDA TOME DA SILVA (OUTRO)
EMANUEL FILHO DE JOÃO CAMBÃO (TESTEMUNHA)
EUFABIO JOSE T DA SILVA (VÍTIMA)
XAYANE TAVARES RODRIGUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

EUFABIO JOSE T DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA TOME DA SILVA** Pai: **MANOEL HERMINIO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/7/1988** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7288287/SDS/PE (RG), 88488788413 (CPF), 88821217849 (CNH)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 878886788878**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO CAIÇARA DOS FERNANDES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

XAYANE TAVARES RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **GLENE RODRIGUES DOS SANTOS** Pai: **JESUS RIVANIO TAVARES RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/1/2002** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **18483821/SDS/PE (RG), 14838888488 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87888661238**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO NATALOTAGEM - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SÍTIO MATALOTAGEM - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

1 of 2

05/11/2019 10:50

Boletim de Ocorrência

File:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

EMANUEL FILHO DE JOÃO CAMBÃO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA APARECIDA TOME DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA APARECIDA TOME DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EUFABIO JOSE T DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **NS**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KMD3873** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **967871428** Chassi: **9C2KC02108R193802**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRª XAYANE TAVARES RODRIGUES NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ANTERIOREMENTE CITADA PELA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO CAICARA, LEVANDO COMO GARUPA O SR. EUFABIO JOSE T DA SILVA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO DO VEÍCULO DEVIDO AO FATO DE NÃO POSSUIR PRÁTICA EM PILOTAR MOTOCICLETA VINDO OS DOIS A CAIR. ADIANTO QUE DEVIDO AO ACIDENTE A CONDUTORA TEVE O DEDO GRANDE DO PÉ ESQUERDO AMPUTADO E PASAGEIRO NÃO TEVE FERIMENTOS.

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

+ Eufabio José Tome da Silva
EUFABIO JOSE T DA SILVA
(VITIMA)

XAYANE TAVARES RODRIGUES
(VITIMA)

+ Xayane Tavares Rodrigues

B.O. registrado por: **JAIR JOSÉ DE LIMA - MATR 320535-1** - Matrícula: **320535-1**



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:

140.390.994-60

4 - Nome completo da vítima:

XAVANE TAVARES RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

XAVANE TAVARES RODRIGUES

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

STIO MATA D'ÁGUA EM

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

FLORIANÓPOLIS

15 - E-mail:

6 - CPF:

140.390.994-60

9 - Número:

9111

10 - Complemento:

142A

14 - CEP:

88.850-000

16 - Tel. (DDD):

82.9.9977.3169

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:

☐ RECLUSO 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 abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (al nascer)?

☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☒ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORIANÓPOLIS 11/12/2019

Assinatura do Representante Legal

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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 interditada 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 KAYANE TAVARES RODRIGUES	CPF da Vítima 140.390.994-60	Data do Acidente 01/10/2019
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal GLENE RODRIGUES DOS SANTOS	CPF do Representante legal 044.076064-01
E-mail MJAQUELINE.MARIZ.S@GMAIL.COM	Telefone (DDD) 87.9.9917.3169

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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Flores 10 de *junho* de *2020*
Local e Data

Kayane Tavares Rodrigues
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Glene Rodrigues dos Santos
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 10 R-17
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUÍB



Glene Rodrigues dos Santos
SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
044.076.064-01

Nome
GLENE RODRIGUES DOS SANTOS

Nascimento
22/04/1983



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO: 24.08.2000

6733093

NOME

GLENE RODRIGUES DOS SANTOS

PREZADO

João Rodrigues dos Santos

Eunice Rodrigues dos Santos

NATURALIDADE

Carnaíba-PE

DATA DE NASCIMENTO

22.04.1983

DOC ORIGEM

CN.6515-L.A 54-F.226v-Cart.

Carnaíba-PE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão:
SET/2000

 **CORREIOS**
www.correios.com.br

UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

Xayane Tereza Rodrigues

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data

Início

Término

Duração

Gazes

Compr.

Drenos

21/10/19

1) Dor e dor no abdome

2) Dor no abdome e dor no abdome

3) Dor no abdome e dor no abdome

4) Dor no abdome e dor no abdome

5) Dor no abdome e dor no abdome

6) Dor no abdome e dor no abdome

7) Dor no abdome e dor no abdome

Dr. Lúcio Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18426

06 JAN 2023

1º Auxiliar

2º Auxiliar

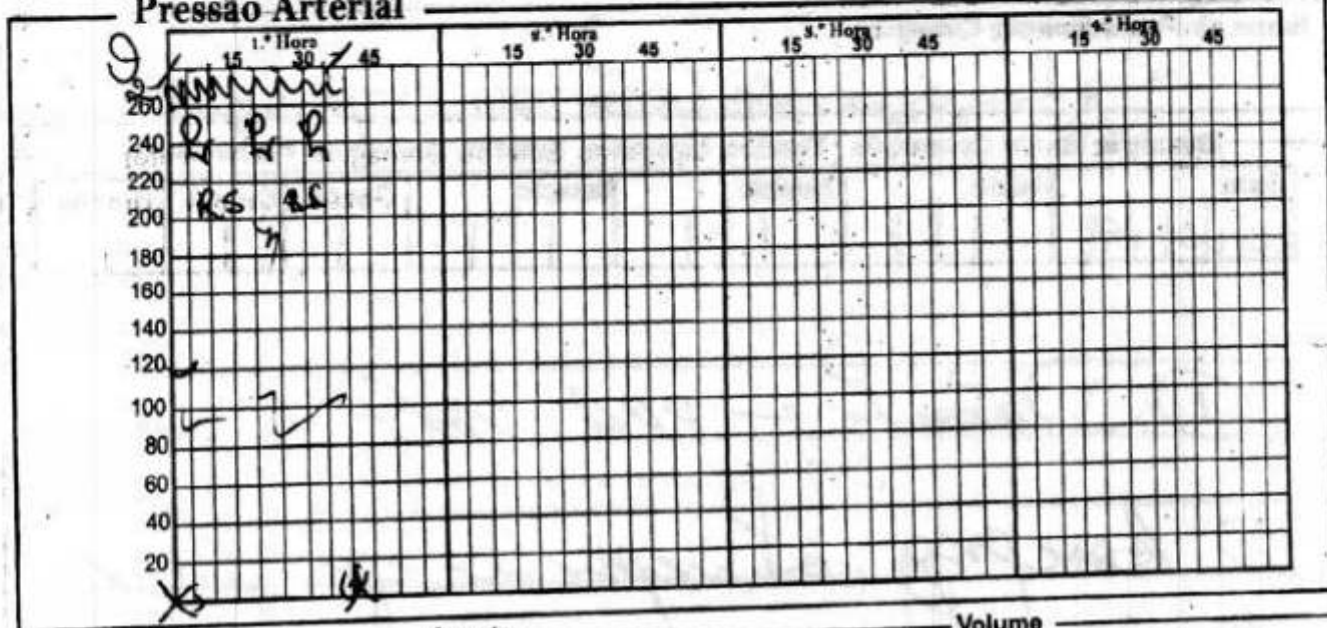
PROTOCOLO

Cirurgião Lúcio Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18426

Laudo de Cirurgia

Data	Início	Término	Duração
01/10/19	21:50	22:22	

Pressão Arterial



Tipo de Anestesia	Agente	Volume
Rouque 13 - 14 g/ml	midazolam	15mg
12 g/ml	propofol	10mg
10 g/ml	sevo	10
	cefe	021
	drog	021
	furo	100g

Hora	Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações
	depura 001
	drog 100mg
	furo 10
	nausea 01mg

Confirmação 10.583.920/0010/25
HOSPITAL DO IRICENTRO
Av. Manoel Vitorino, 54 - KM 0
PE 55000-000
Lafogados de Gramma - PE

Anestesiado



FLORES

Confirmando Lendo
Original
Vista Centro Francisco Xavier
CNPJ: 10.247.788/0001-11
03.11.2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES
Fundo Municipal de Saúde
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

14a

Data e Hora: 01.10.2019 às 19:05	Nº. Ocorrência: 51
Nome: Xayane Tavares Rodrigues	Data Nascimento: 08.01.2002
Profissão:	Sexo: F Doc. Ident.:
Fone.:	SUS: 709.704000872690
End.: St. Natalagem	
Responsável: Ylene (Mãe)	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐ Agressão ☐ Consulta ☐	

Pressão Arterial: HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente de moto
com trauma no 2º dedo indexar p/ (F),
ulcerado a ponta profunda a nível de todo o dedo.

Tratamento:

1) Ao Traumatologista

2) Medicação - (F)

3) Drogas - (F)

4) Ceftriaxona 2g - (F)

SENHA: 5783917
(Emília Câmara)

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☒

Removido para Hospital

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Thiago E. Felix
Médico
CREMEPE: 24878

EXAME FÍSICO

Inspeção:

solto, hálux suppurada
ferida com secreção

Palpação:

Ausência de perfuração profunda

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica:

fratura exposta do hálux
(T) (T2) com lesão vascular

Alta

Curado ☐

Melhorando ☐

Inalterado ☐

Piorado ☐

Óbito ☐

Transferido para

Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias

Óbito em

Hora

+ 48 Horas ☐

- 48 Horas ☐

Motivo:

Decisão Médica ☐

Alta Pedida ☐

Transferência ☐

Indisciplina ☐

Diagnóstico definido

fraturas tríplices do hálux (C)

Tratamento

regulação de C de e pntgão

Diagnóstico anátomo-Paratológico

10.583.920/0010-24
HOSPITAL DO TALENTOS
Av. Manoel Vitorino, S/N - KM 01
PE 420-000
Araguari - PE

Dr. André Pinho Peixoto
Ortopedia Traumatologia
CRM/PE 18428

Data

02, 10, 75

Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

ATESTADO MÉDICO

Atesto que: Xoysé Teófilo Rodrigues

Profissão: _____

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- ☒ Afastar-se do trabalho por 90 dias
- ☐ Afastar-se das aulas por _____ dias
- ☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias
- ☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
- ☒ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
- ☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Lesão ligamentar do
Holux do pé esquerdo 8: Df00k
deontologia do tornozeloProcedimento: tratamento com + curativoCID 10: S98.4Afoogados da IngaZeira 09 de 10 de 20 19Dr. André Pinto Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18426 RQE 5090

5.209

ENF LEITO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 96.140
 Data 02/10/2019
 Hora 8:10

PACIENTE

Nome: Xaione Torres Rodrigues Categoria: 0
 Sexo: F Idade: 17 Cor: - Estado Civil: SOLTEIRA
 Naturalidade: FLORES Profissão: AGRICULTORA
 Endereço: SÍTIO MATALOTAGEM

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: GLENE RODRIGUES DA SILVA Parentesco: Mãe
 Endereço: _____

Internado por Ordem de _____

Ass. Médico - CRM

☐ Clínico ☒ Cirúrgico ☐ Hora do Atendimento Médico
 Pressão Arterial _____ MX _____ MN. _____ Pulso _____ BPM
 Temperatura _____ °C

Queixa Principal Doença de intestino delgado
com dor por corrente de mdo por
estragulamento do bolus / do p
esprito

História da Doença Atual _____

ATENÇÃO MÉDICA

Exame físico normal
no

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

140.390.994-60

Nome

XAYANE TAVARES RODRIGUES

Nascimento

08/01/2002

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
46FC.7904.4D18.B148

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:30:31 do dia 20/10/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E BENS N. 10

10 R-17



Rafaela Cavalcanti Rodrigues

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL

10.483.821

DATA DE
EXPIÇÃO

20/10/2016

NOME

<< XAYANE TAVARES RODRIGUES >>

FILIAÇÃO

<< JESUS RIVÂNIO TAVARES RODRIGUES >>

<< GLENE RODRIGUES DOS SANTOS >>

NATURALIDADE

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

DATA DE NASCIMENTO

08/01/2002

DOC. ORGEM

<< CN. 20.722 L.A72 F.262 CART.

FLORES-PE 12.03.2002 >>

CPF

140.390.994-60



ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

91003009-2110-2012-7133/94

1-71 7133

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014958743860
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 967871425 RNTTC: ***** EXERCÍCIO: 2019

NOME: MARIA APARECIDA TOME DA SILVA

AFOGADOS DA INGAZEIRA

PLACA: 039.626.194-96 RMD3573

PLACA ANT./UF: ***** CHASSI: 9C2KC06106R123862

ESPECIE TIPO: FAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN X3 ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CAP/POT/CIL: 22/149CL CATEGORIA: PARTIC DOR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: IPVA 2013 QUITADO VENC. COTA UNICA: 1ª ***** VENC./COTAS: 2ª ***** 3ª *****

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO/COTAS: 1

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 IOF (R\$): 0.92 PRÊMIO TOTAL (R\$): 81.03 DATA DE PAGAMENTO: 30/01/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO: NÃO HÁ DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

ASSINATURA: Roberto Carlos Moreira Fontelles DATA: 30/10/19

AFOGADOS DA INGAZEIRA

Roberto Carlos Moreira Fontelles

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

PE Nº 014958743860 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA APARECIDA TOME DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

AFOGADOS DA INGAZEIRA EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 20/10/19

VIA: 1 CPF/CNPJ: 039.626.194-96 PLACA: RMD3573

RENAVAM: 967871425 MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN X3

ANO FAB: 2008 ANO MOD: 09 CHASSI: 9C2KC06106R123862

PRÊMIO TARIFÁRIO

IPVA (R\$): 80.11 DENATRAM (R\$): 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15 IOF (R\$): 0.32 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): 84.58

PAGAMENTO: ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 28/01/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 06.248.608/0001-04

LEIA, GUARDE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE É O SEU DOCUMENTO OBRIGATORIO

2019-10

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200004358 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO). P1
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO HÁLUX ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003940/20

Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

CPF: 140.390.994-60

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 01/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: XAYANE TAVARES RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

XAYANE TAVARES RODRIGUES : 140.390.994-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: XAYANE TAVARES RODRIGUES
CPF: 140.390.994-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

XAYANE TAVARES RODRIGUES

JONATAN BARBOSA DE BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003940/20

Número do Sinistro: 3200004358

Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

CPF: 140.390.994-60

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 01/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: XAYANE TAVARES RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

XAYANE TAVARES RODRIGUES : 140.390.994-60

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 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200004358 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO). P1
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA COMPLETA

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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: 3200 3 - CPF da vítima: 140.390.994-60 4 - Nome completo da vítima: XAYANE TAUARES RODRIGUES

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

5 - Nome completo: XAYANE TAUARES RODRIGUES 6 - CPF: 140.390.994-60
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SÍTIO MATA DO TAGEM 9 - Número: 941 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: FLORES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.850.000
15 - E-mail: MSAQUELINEMARIZ.S@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD):

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 abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3433 CONTA: 057.873 7 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ainda nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de: _____
Assinatura do beneficiário ou representante

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

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

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

38 - 1ª | Nome: COM. DE PREVIDÊNCIA SIA
CPF: _____

29 ABR 2020

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: PROTOCOLO
CPF: _____

AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES 20/04/2020

XAYANE TAUARES RODRIGUES
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)