



Número: **0058879-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70918 193	16/11/2020 15:12	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581923

Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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

Carta nº 14966095

Pag. 00383/00384 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581923

Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000013399-9

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





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

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190581923 Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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

Pag. 01733/01734 - carta_02 - INVALIDEZ

00060867



Carta nº 15063837





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

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581923

Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000013399-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

038.528.344-05

4 - Nome completo da vítima:

Jacqueline Darcina de Souza

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

5 - Nome completo:

Jacqueline Darcina de Souza

6 - CPF:

038.528.344-05

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Av. B

9 - Número:

24

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Maranguape II

12 - Cidade:

Marituba

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53421-036

15 - E-mail:

(83) 3011-3824

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:

☒ RECURSO 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0638

CONTA:

33399

9

AGÊNCIA:

CONTA:

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 (ou 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 herança (ou não)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Quimera, 23.08.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



12

18/07/2019 15:52



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118007007

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/07/2019** às **16:34**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado)
que aconteceu no dia **1/6/2019** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, O FATO
OCORREU NA AV: A. - Bairro: MARANGUAPE - II -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**GEREMIAS DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
SHIRLEYSSUIANE FERREIRA (VITIMA)
JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): SHIRLEYSSUIANE FERREIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): GEREMIAS DA SILVA**

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

**SHIRLEYSSUIANE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE FERREIRA Pai: ALUISIO MONTEIRO FERREIRA Data de Nascimento: 27/10/1973
Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4590158/SP/PE (RG). 55145588468 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2ª.
GRAU COMPLETO Profissão: TÉCNICO DE ENFERMAGEM Telefones Celulares:
- 81086320388**

**Endereço Residencial: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, A MESMA RES: NA R: DO AMOR Nº
15. JARDIM FRAGOSO. OLINDA-PE. - CEP: 55068-000 - Bairro: MARANGUAPE - II -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
SANDRA CRISTINA SARAIVA Pai: JAIR JOSÉ DE SOUZA Data de Nascimento: 26/1/1984
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 553271355/PE (RG).
553271355/PE (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: PEDAGOGO Telefones Celulares:
- 81084714125**

**Endereço Residencial: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, A MESMA RES: NA AV: B Nº 24.
MARANGUAPE II. PAULISTA-PE. - CEP: 55068-000 - Bairro: MARANGUAPE - II -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

55.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 SET 2019
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Ribeirão Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE

GEREMIAS DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: **BAIRRO DE JAGUARANA (BAIRRO), 1, R: AGOSTINHO, N° 72-**
JAGUARANA - PAULISTA-PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: JAGUARANA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SHIRLEYSSUIANE FERREIRA**,
 que estava em posse do(a) Sr(a): **SHIRLEYSSUIANE FERREIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLW3103** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
 Ano Fabricação/Modelo: **2002/2002**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEREMIAS DA SILVA**, que estava
 em posse do(a) Sr(a): **GEREMIAS DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KID1201** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

DECLARA AS VITIMAS QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO SE
 DESLOCAVA PARA O TRABALHO CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, FOI
 ATINGIDA VIOLENTAMENTE NA PARTE LATERAL VINDO A CAIR AO SOLO. AMEAU
 SENDO SOCORRIDAS PELO SAMU E BOMBEIRO. A CONDUTORA DA MOTOCICLETA
 FOI PARA DE OLINDA E A CARONA PARA HOSPITAL HAVIDA NA REGIAO CENTRAL,
 ENTRANDO NO DIA 01 AO DIA 06 DO MES DE JUNHO. E A CONDUTORA DEU ALTA NO
 MESMO DIA. A MOTOCICLETA A QUAL CONDUZIA ESTAVA EM NOME DE: ANA MARIA
 VIANA DE CARVALHO, RG DE N° 3852341/3DS/PE, CPF N° 78469818488. PELO FATO
 EXPOSTO PEDE PROVIDENCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

SHIRLEYSSUIANE FERREIRA

(VITIMA)

JACQUELINE CARAVA DE SOUZA

(VITIMA)

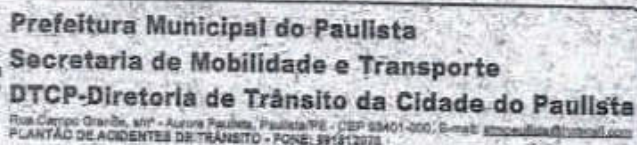
B.O. registrado por: **JOAO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matrícula: **351055-2**

05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

01 011 719
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 216111615



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>
 Número do documento: 20111615120194800000069531816



Nº DA OCORRÊNCIA
038A/19

VEÍCULO Nº 02

O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO CONDUTOR DO VEÍCULO

OBSERVAÇÕES: 1 - O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
2 - O Condutor deverá assinar a declaração do condutor do respectivo veículo;
3 - O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade do condutor.

IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO PREENCHIDA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

NOME DO CONDUTOR: *Edson de Souza*

DATA DE NASCIMENTO: 27/08/1966 IDENTIDADE: *422 482 550 PE* UF: *PE* CPF: *472 982 984-15*

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO COMO Ocorrência de acidente de trânsito

CONDUTOR DO VEÍCULO: *KID 1891*

CONDUTIA O VEÍCULO E QUANDO CHEGO NA AVENIDA (A) MARANGUAPÉ II A MOTOR DO FREIO E A MOTOR EQUINO COM O CARRO PARA CIMA DO CARRO KLV 3183

ASSINATURA DO CONDUTOR: *Edson de Souza*

IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO PREENCHIDA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

PLACA/UF: *KID-1891* MARCA/MODELO: *FIAT / PALIO* RENAVAN: *669082740*

DATA: *01/06/19* HORA: *07:00* CHASSI: *9BD178016T0139607*

AVARIAS DO VEÍCULO PREENCHIDA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

PARA BAIXA QUANDO LADO ESQUERDO FAROL LADO DIREITO QUEBRADO LADO DO CARRO ARRABOADO LADO DO MOTOR PARA CHOCAR O VEÍCULO COM ARRABOADO

ASSINATURA DO AGENTE: *Edson de Souza* MATRÍCULA: *17094* ASSINATURA: *[assinatura]*

05-802-494/0001
TRABALHO DE SEGUROS





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista

Rua Campo Grande, s/n - Aclima Paulista, Paulista/PE - CEP 53401-000, E-mail: dtcp@paulista.pe.br
PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 841212079



F.58181-2079

Nº DA OCORRÊNCIA
098A/19

Nº DA FOLHA

Área de desenho em quadriculado para o registro do acidente.

LEGENDA

AUTOMÓVEL	VEÍCULO AUSENTE	PEREGRINO	LOCAL DO ACIDENTE	TOMBAMENTO
ÔNIBUS OU CAMINHÃO	RESQUE/BOZO-RESQUE	ANIMAL	DEPOIS DO ACIDENTE	REMANÉSCENTE
TREM	VEÍCULO DE DUAS RODAS	MARCHA À FRENTE	DERRAPAGEM	
CAMINHÃO	VEÍCULO DE TRÊS RODAS	MARCHA À RÉ	CAPOTAMENTO	
VEÍCULO TRATOR	ÔNIBUS PARADO	ANTES DO ACIDENTE	INCÊNDIO	

RESUMO DA SÍNTESE DO ACIDENTE

AO CHEGAR NO LOCAL OS V1 e V2 SE ENCONTRAVAM NO LOCAL COM PRESERVAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE, AMBAS AS VÍTIMAS DA MOTOCICLETA AGUARDAVAM A CHEGADA DO ATENDIMENTO. ÀS 08h EQUIPE CBMP 826 PLACA: PGW-8003 CHEGOU AO LOCAL.

Assinatura do Agente: _____

Assinatura do Agente: _____

ASSINATURA DO AGENTE

Assinatura: **VT-002**

TESTEMUNHA Nº 01

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: ☐ M ☐ F TELEFONE: (____) _____ IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA Nº 02

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: ☐ M ☐ F TELEFONE: (____) _____ IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____ CPF: _____





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista
Rua Campo Grande, 511 - Aurora Paulista, Paulista/PE - CEP 53401-000, E-mail: supendata@cpdtaf.com.br
PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 361812770



Nº DA OCORRÊNCIA: **098A/19**
Nº DA FOLHA: **001**

BOAT - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

De acordo com o Manual de Procedimentos do Sistema Nacional de Estatísticas de Acidentes de Trânsito - SINET

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE			
DATA: 01/06/19	HORA: 07:00	FASE DO DIA: <input checked="" type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> NOITE	DIÁ DA SEMANA: <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> SEGUNDA <input type="checkbox"/> TERÇA <input type="checkbox"/> QUARTA <input type="checkbox"/> QUINTA <input type="checkbox"/> SEXTA <input checked="" type="checkbox"/> SÁBADO
ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO (assinale com um X o local do acidente na área delimitada)		VIA: AV. A Nº: 750 KM: 1 METROS	
		COMPLEMENTO: SENTRIO	
BAIRRO: MAPANGUAPE 2		CEP: 53401-000 PONTO DE REFERÊNCIA: NUCLEO DE POLICIA	
VIA: B		AV/RUA/RODOVIA:	
VIA: C		AV/RUA/RODOVIA:	
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (assinale com um X o local do acidente e complete o tipo de interseção)		VIA: A Nº: 750 KM: 1 METROS	
		COMPLEMENTO: SENTRIO	
BAIRRO: MAPANGUAPE 2		CEP: 53401-000 PONTO DE REFERÊNCIA: NUCLEO DE POLICIA	
VIA: B		AV/RUA/RODOVIA:	
VIA: C		AV/RUA/RODOVIA:	
		Sec. Mobilidade e Transporte Contato: 361812770	
		Data: 01/06/19	
		Hora: 07:00	

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE			
TIPO DE ACIDENTE:		SEVERIDADE DO ACIDENTE	QUANTIDADE DE VÍTIMAS
<input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL	<input type="checkbox"/> ENGAVETAMENTO	<input type="checkbox"/> COM VÍTIMA FATAL	01 CONDUTORES FERIDOS
<input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA	<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> COM FERIDO	01 CONDUTORES MORTOS
<input type="checkbox"/> COLISÃO TRANSVERSAL	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> SEM VÍTIMA	01 PASSAGEIROS FERIDOS
<input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL	<input type="checkbox"/> SAÍDA DE PISTA	QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:	02 PASSAGEIROS MORTOS
		02 COM DANOS	01 PEDESTRES FERIDOS
		<input type="checkbox"/> SEM DANOS	01 PEDESTRES MORTOS
		<input type="checkbox"/> EVADIDOS	
JURISDIÇÃO DA VIA: <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL		SOLICITADO NO LOCAL POR: <input checked="" type="checkbox"/> AMBULÂNCIA/SAMI <input checked="" type="checkbox"/> BOMBEIROS BM/PE <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	
DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR: <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MURO <input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> SINALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> PLACA DE SINALIZAÇÃO		OUTROS (Especificar): BAIRRO: MAPANGUAPE 2	
ÁREA: <input checked="" type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL		PRÉCITO TÉCNICO NO LOCAL (L.C.): 01/06/19	
OUTROS (Especificar):		PRÉCITO TÉCNICO NO LOCAL (L.C.): 01/06/19	

VIA - MEIO AMBIENTE				
SUPERFÍCIE DA PISTA: <input checked="" type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> MOLHADA <input type="checkbox"/> OLEOSA <input type="checkbox"/> INUNDADA <input type="checkbox"/> ENLAMEADA <input type="checkbox"/> OUTRA	TIPO DE PAVIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> ASFALTO <input type="checkbox"/> CONCRETO <input type="checkbox"/> PARALELEPÍPEDO <input type="checkbox"/> CASCALHO <input type="checkbox"/> TERRA <input type="checkbox"/> OUTRO	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> INTERMITENTE <input type="checkbox"/> COM DEFETO <input type="checkbox"/> DESLIGADO <input checked="" type="checkbox"/> INEXISTENTE	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL: <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> RUIM <input checked="" type="checkbox"/> INEXISTENTE	VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA (KM/H): <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> INEXISTENTE
CONDIÇÃO DO TEMPO: <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> CHUVIA <input type="checkbox"/> NEBLINA <input type="checkbox"/> OUTRA	SITUAÇÃO DA PISTA: <input checked="" type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> DANIFICADA	PERFIL DO TERRENO: <input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> RUIM	RECEBEMOS: 01/06/19	





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista
Rua Campo Grande, s/nº - Bairro Paulista, Paulista/PE - CEP 53401-000. E-mail: atendimento@paulista.pe.gov.br
PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 361212078



ALVARÁ DE TRÂNSITO
F.95181-2070

Nº DA OCORRÊNCIA

098119

Nº DA FOLHA

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

VEÍCULO Nº 01

O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO CONDUTOR DO VEÍCULO

OBSERVAÇÕES: 1 - O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
2 - O Condutor deverá assinar a declaração do condutor do respectivo veículo;
3 - O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade do condutor.

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR (PREENCHIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO)

NOME DO CONDUTOR: _____ SEXO: ☐ M. ☐ F.
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDENTIDADE: _____ Cessão EXPEDIDOR: _____ UF: _____ CPF: _____

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE (PREENCHIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO)

CONDUTORA NÃO PODE RELATAR, SEM CONDIÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS.

Foi socorrida pela CBM/PE-826.

Ass. Responsável pelo Trânsito
Condutor do veículo
Data: 20/08/19
Assinatura: [assinatura]

ASSINATURA DO CONDUTOR:

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO (PREENCHIDO PELO AGENTE DE TRÂNSITO)

PLACA/VF: **KLW-3183** MARCA/MODELO: **HONDA / POP 100** RENAVAM: **966792858**
DATA: **01/06/19** HORA: **07:00** CHASSI: **C2H502108RD24654**

AVARIAS DO VEÍCULO (PREENCHIDO PELO AGENTE DE TRÂNSITO)

MANEJA LADO DIREITO MANEJADA
MANEJA LADO ESQUERDO MANEJADA
PARALELO LADO ESQUERDO DIREITO MANEJADA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANÇA

NOME DO AGENTE

[assinatura]

MATRÍCULA

[assinatura]

ASSINATURA

[assinatura]





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista
Rua Campo Grande, s/nº - Aurora Paulista, Paulista/PE - CEP 53421-000. E-mail: atendimento@cpmpt.com.br
PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 981812070



Nº DA OCORRÊNCIA
098 119
Nº DA FOLHA

CONDIÇÃO DO CONDUTOR			
NOME DO CONDUTOR TERENAS DA SILVA			
DATA DE NASCIMENTO 27/08/1956	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF R 1762462	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP) RUA ADOLFO NUNES Nº 72 JACUARANA			
TELEFONE 061 34326830		MUNICÍPIO Paulista	
UF PE			
HABILITAÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> CNH	1ª HABILITAÇÃO 23/02/1989	VALIDADE DA CNH <input checked="" type="checkbox"/> EM UZA	CATEGORIA DA CNH <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> PERMISSÃO	Nº DE REGISTRO 01488191948	<input type="checkbox"/> VENCIDA	
<input type="checkbox"/> NÃO HABILITADO	USAVA CINTO DE SEGURANÇA	USAVA CAPACETE	SITUAÇÃO DO CONDUTOR
<input type="checkbox"/> NÃO EXISTENTE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> PERMANECER NO LOCAL
<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ATENDU A VÍTIMA
<input type="checkbox"/> ESTRANGEIRA	<input checked="" type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVAGU-SE
<input type="checkbox"/> NÃO APRESENTOU CNH			<input type="checkbox"/> SOCORRIDO
			ESTADO DO CONDUTOR
			<input type="checkbox"/> MORTO
			<input type="checkbox"/> FERIDO
			<input checked="" type="checkbox"/> SAÍDO

VEÍCULO			
NOME DO PROPRIETÁRIO TERENAS DA SILVA			
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO Paulista	
UF PE			
PLACA/VE KIO-1891	MARCA/MODELO Fiat Palio	CHASSI 43D173016F0174609	
TIPO DE VEÍCULO			
<input checked="" type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> MICROÔNIBUS	ESTADO DOS PNEUS <input checked="" type="checkbox"/> BOM	DANOS NO VEÍCULO <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA MONTA
<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> TRATOR	<input type="checkbox"/> RUÍDI	<input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA
<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> TRACÃO ANIMAL		<input type="checkbox"/> GRANDE MONTA
<input type="checkbox"/> MISTO (CAMINHETA)	<input type="checkbox"/> CAMINHÃO	INFRAÇÕES CONSTATADAS <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	REDESLAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS
<input type="checkbox"/> CAMINHONETE	<input type="checkbox"/> COMBINAÇÃO DE VEÍCULOS	AUTO DE INFRAÇÃO	<input type="checkbox"/> ATENÇÃO DO VEÍCULO
<input type="checkbox"/> ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> OUTRO	COÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES)	<input type="checkbox"/> REPOÇÃO DO VEÍCULO
EXTENSÃO DA MANCA-DE-FREIAMENTO			<input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA CNH
			<input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA PERMISSÃO
			<input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DO CAV
			<input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DO CLA
			<input type="checkbox"/> TRANSBORDO DA CARGA
			<input type="checkbox"/> NENHUMA

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 02			
VÍTIMA			
<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	NOME DA VÍTIMA	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO	
UF			
USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO <input type="checkbox"/> NA FRENTE <input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA <input type="checkbox"/> ATRÁS <input type="checkbox"/> EM PE <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	ESTADO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> FERIDO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01			
VÍTIMA			
<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	NOME DA VÍTIMA	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO	
UF			
USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO <input type="checkbox"/> NA FRENTE <input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA <input type="checkbox"/> ATRÁS <input type="checkbox"/> EM PE <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	ESTADO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> FERIDO





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

038.528.344-05

4 - Nome completo da vítima:

Jacqueline Darcina de Souza

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

5 - Nome completo:

Jacqueline Darcina de Souza

6 - CPF:

038.528.344-05

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Av. B

9 - Número:

24

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Maranguape II

12 - Cidade:

Marituba

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

53421-036

15 - E-mail:

(03) 3033-3824

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:

☒ RECURSO 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0638

CONTA:

33399

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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herança (ou não)?

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Quinela, 23.08.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000744 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JAIR JOSE DE SOUZA , 64 anos, BRASILEIRO(a), VIÚVO(a), RG nº 1.245.978 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 196.491.774-34, residente à AV B , nº 24, , MARANGUAPE II, PAULISTA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/06/2019, por volta das 07:35 hs, no endereço: RODOVIA PE 22, S/N, MARANGUAPE II PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA POP HONDA, PRETA, KLV3183-PE ; AUTOMÓVEL FIAT PALIO, PRETA, KID1891-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA , inscrito sob o CPF nº 038.528.344-06 e Registro Geral nº 6.038.731, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710231-3 LEMUEL. Foi transportado(a) para o HOSPITAL HAPVIDA ILHA DO LEITE. Registrado(a) com o prontuário nº 18168772. Ficou aos cuidados do médico BENJAMIN, registro 23263. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 25/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2019APH000744

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
DA ETI 9019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



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: 23/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000013399-9

Nr. da Autenticação EACEC04DF196C95F



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:	19/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000013399-9

Nr. da Autenticação E73C0C772262F576





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



005407



JACQUELINE SARAIVA DE SOUZA
B 24
MARANGUAPE II
PAULISTA - PE
53421.036



5013196987412370000000926330240619

REMETENTE

009386

INSS
AG DA PREVIDENCIA SOCIAL OLINDA
AV DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA 160 0
CASA CAIADA
OLINDA - PE
53130.410

- ☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO

- ☐ RECUSADO
☐ NÃO PROCURADO
☐ AUSENTE
☐ FALECIDO

- ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO
☐ OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORMA ATUADA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01/05/2019
Rua da Aurora, 101 175, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



Za Via de Future

5010entertainment.spe.com/ent/_PUStwzL2_?name=Houlyw-Sapuntis&servicetype=everest&sis.com.RFCConvergeoSendet?redifaturat 1





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa da renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.133/98.

Pelo exposto, eu Lucas Vinicius Maia Sepulveda

inscrita (a) no CPF/CNPJ 076.411.374 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

foqueline saraiwa de souza inscrita (a) no CPF sob o nº 038.528.344 / 06

do sinistro da DPVAT cobertura Invalididez da vítima foqueline saraiwa de souza

inscrita (a) no CPF sob o nº 038.528.344 / 06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Fernandes Maia</u>	Número: <u>21</u>	Complemento: <u>B</u>
Bairro: <u>Id. Atlantico</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>53140-300</u>		Tel. (DDD): <u>(81) 3011-3224</u>
E-mail: <u>MRASSESSORIAPENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>		

Local e Data: Olinda, 23.08.2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bom Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DL001.001 V001/2017



31905/4387



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800-021 91 85

Eu, Ana Maria Viana de Carvalho
RG nº 9852843, data de expedição 28/07/18
Órgão SOSP, portador do CPF nº 78460816400
com domicílio na cidade de Olinda, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua General Vito de Souza, nº 600, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jaqueline Dargina de Souza, cujo o condutor era Shirleyssuane Ferreira
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda Pop 100 Ano: 2008
Placa: W2W3183 Chassi: 9E24302108R034654
Data do Acidente: 01/06/19

Local e Data: OLINDA 19 DE SETEMBRO DE 2019.

2º
Carótilo

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do sinistro)



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014803564392
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 2007/02/25 RALTO: EXERCÍCIO: 2019

NOME: ANA MARIA VIANA DE CARVALHO

CLASSE: 01

OPF/OPM: 784.608.164-00 PLACA: KLU0183

PLACA ANTIGA: 8028801098024554

USUÁRIO: 9028801098024554

TIPO: 01 MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

ANEXO: 2004 2004

OPF/POT/CL: 2008/100 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1ª 2019 QUITADO 1ª 2ª 3ª

PAGAMENTO: 10.110.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 28/02/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

DATA: 05/04/19

PE Nº 014803564392 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANA MARIA VIANA DE CARVALHO

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

CLASSE: 01

OPF/OPM: 784.608.164-00 PLACA: KLU0183

ANEXO: 2004 2004

OPF/POT/CL: 2008/100 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1ª 2019 QUITADO 1ª 2ª 3ª

PAGAMENTO: 10.110.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 28/02/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

DATA: 05/04/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.841.808/01-04

VERBAQUE E QUANTIA - BILHETE DPVAT

CLASSE 01 - 2019 - QUITADO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
04 de 01/19
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL: C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190514387 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 1/2/3/8

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @12 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581923 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ANTERIOR INFRA PATELAR DO JOELHO (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO E AUXÍLIO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA EM 1,5 CM, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190514387
Nome do(a) Examinado(a): Jaqueline Saraiva de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida B, S/N
Maranguape II Paulista PE CEP: 53421-036
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6038731
Data local do acidente: [01/06/2019]
Data local do exame: [01/10/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSSINTESE COM HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM PSEUDOARTROSE
Data da Alta: V?TIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETA, APRESENTA ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
(X) "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO NEVES
Médico
CRM/PE 17742



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356199/19
Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA
CPF: 038.528.344-06
CPF de: Próprio
Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.
Data do acidente: 01/06/2019
Titular do CPF: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

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

JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA : 038.528.344-06

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: 14/10/2019
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

