
Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200305555

Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS

Data do Acidente: 26/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALINE GONCALVES SANTOS

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, contados 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, 13 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200305555

Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS

Data do Acidente: 26/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALINE GONCALVES SANTOS

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ALINE GONCALVES SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 000008032-4

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200305555 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS **Data do acidente:** 26/05/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 066.576.964-42 4 - Nome completo da vítima: ALINE GONÇALVES SANTOS

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

5 - Nome completo: ALINE GONÇALVES SANTOS 6 - CPF: 066.576.964-42
 7 - Profissão: REC- INFORMAR 8 - Endereço: RUA ANTONIO GONÇALVES DE LIMA 9 - Número: 653 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: STA TEREZA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.195-070
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9461-3907

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A 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 POLIPANCA (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: 1038 CONTA: 8032 4 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 (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 Líder 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 (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: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos): ☐ 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 àsqueles beneficiários que se apresentarem e privarem 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 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: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 14 DE AGOSTO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



[Assinatura]

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

DATA 26/05/20	HORA 10 : 00	FASE DO DIA ☒ DIA ☐ NOITE	MUNICÍPIO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	UF PE
TIPO DE ACIDENTE		SEVERIDADE DA VÍTIMA DO ACIDENTE	QUANTIDADE	QUANTIDADE DE VÍTIMAS
☒ COLISÃO TRASEIRA ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO TRANSVERSAL ☐ ABALROAMENTO LONGITUDINAL ☐ ABALROAMENTO TRANSVERSAL ☐ CHOQUE ☐ TOMBAMENTO		☐ FATAL ☒ FERIDO ☐ ILESO	02 02 01	01 CONDOTORES FERIDOS 01 CONDOTORES MORTOS 01 PASSAGEIROS FERIDOS 01 PASSAGEIROS MORTOS 01 PEDESTRES FERIDOS 01 PEDESTRES MORTOS
☐ CAPOTAMENTO ☐ ENGAVETAMENTO ☐ ATROPELAMENTO DE PEDESTRE ☐ ATROPELAMENTO DE ANIMAL ☐ OUTRO		QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS		
		02 COM DANOS 01 SEM DANOS 01 EVADIDOS		
JURISDIÇÃO DA VIA	PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL	DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR		
☐ ESTADUAL	☐ SIM ☒ NÃO			
☒ MUNICIPAL	ÁREA ☒ URBANA ☐ RURAL			

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO (Assinalar com um X o local do acidente na área demarcada)		IDENTIFICAÇÃO PS 160			
VIA toritama		Nº	KM	METROS	
REFERÊNCIA Em frente ao Aviamento Brasil					
VIA		IDENTIFICAÇÃO			
VIA		IDENTIFICAÇÃO			
VIA		IDENTIFICAÇÃO			
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (Assinalar com um X o local do acidente e complete o tipo de interseção)		IDENTIFICAÇÃO			
VIA		SENTIDO			
VIA		REFERÊNCIA			
VIA		IDENTIFICAÇÃO			
VIA		SENTIDO			
VIA		REFERÊNCIA			

VIA - MEIO AMBIENTE

SUPERFÍCIE DA PISTA	TIPO DE PAVIMENTO	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL
☒ SECA	☒ ASFALTO	☒ NORMAL	☒ BOA
☐ MOLHADA	☐ CONCRETO	☐ INTERMITENTE	☐ RUIM
☐ OLEOSA	☐ PARALELEPÍPEDO	☐ COM DEFEITO	☐ INEXISTENTE
☐ INUNDADA	☐ CASCALHO	☐ DESLIGADO	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL
☐ ENLAMEADA	☐ TERRA	☐ INEXISTENTE	☒ BOA
☐ OUTRA	☐ OUTRO		☐ RUIM
			☐ INEXISTENTE
CONDIÇÃO DO TEMPO	SITUAÇÃO DA PISTA	PISTA EM OBRAS	
☒ BOM	☒ BOA	☐ SIM ☒ NÃO	
☐ NEBLINA	☐ DANIFICADA	VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA (km/h)	
☐ CHUVA			
☐ OUTRA			

CROQUI	VISTO
	SIMBOLOGIA 1 AUTOMÓVEL 2 ÔNIBUS OU CAMINHÃO 3 VEÍCULO DE DUAS RODAS 4 VEÍCULO DE TRÊS RODAS 5 MARCHA À FRENTE 6 MARCHA À RÉ 7 ANTES DO ACIDENTE 8 LOCAL DO ACIDENTE 9 DEPOIS DO ACIDENTE 10 DERRAPAGEM 11 CAPOTAMENTO/TOMBAMENTO 12 PEDESTRE 13 ANIMAL 14 OBJETO FIXO

NARRATIVA DO AGENTE

Segundo informações de uma das partes envolvidas o V2 usou em alta velocidade e não conseguiu evitar a colisão travessa onde o V1 sinalizava para direita da via que foi prejudicada por um cerco parado no acostamento.

TESTEMUNHA Nº 01					
NOME LUCAS		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF 700515			
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)		
ENDEREÇO (BAIRRO)			MUNICÍPIO		UF

TESTEMUNHA Nº 02					
NOME DOUGLAS		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF 700517			
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)		
ENDEREÇO (BAIRRO)			MUNICÍPIO		UF

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE E DA OCORRÊNCIA				
NOME DO AGENTE Hamilton		MATRÍCULA 704525		
POSTO Agente	VIATURA 3-10	OCORRÊNCIA 053/2020	ASSINATURA	



VEÍCULO Nº 01

NOME DO PROPRIETÁRIO: **Jose Angelo Ferreira Filho**

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua das Gardenias nº 72 - Zomba**

MUNICÍPIO: **Equitanga do Norte** PE MARCA: **Fiat** MODELO: **Milke Ex** PLACA/UF: **KKA-8444**

TIPO DE VEÍCULO

☒ AUTOMÓVEL	☐ MICROÔNIBUS
☐ BICICLETA	☐ TRATOR
☐ MOTOCICLETA	☐ TRACÇÃO ANIMAL
☐ CAMIONETA	☐ CAMINHÃO
☐ CAMINHONETE	☐ CARGA
☐ ÔNIBUS	☐ OUTRO: _____

EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (m): _____ ESTADO DOS PNEUS: ☒ BOM ☐ RUIM

INFRAÇÕES CONSTATADAS

☐ SIM ☒ NÃO

AUTO DE INFRAÇÃO: _____

CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES): _____

DIAGRAMA DE AVARIAS

FE	EC	FD
LE		LD
☒	TC	TD

LEGENDA

FE - FRONTAL ESQUERDO
EC - EIXO CENTRAL
FD - FRONTAL DIREITO
LE - LATERAL ESQUERDO
LD - LATERAL DIREITO
TE - TRASEIRO ESQUERDO
TC - TRASEIRO CENTRAL
TD - TRASEIRO DIREITO

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS

☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO
☐ REMOÇÃO DO VEÍCULO
☐ RECOLHIMENTO DA CNH
☐ RECOLHIMENTO DA PPD
☐ RECOLHIMENTO DO CRV
☐ RECOLHIMENTO DO CRLV
☐ TRANSBORDO DA CARGA
☒ NENHUMA

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO CONDUTOR: **Washington Filipe Lopes da Silva**

DATA DE NASCIMENTO: **24/10/1995** SEXO: ☒ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: **9407.523-SDS-PE** TELEFONE: **8199246-4768**

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua das Gardenias nº 72 - Zomba**

MUNICÍPIO: **Equitanga do Norte** PE

HABILITAÇÃO

☒ CNH

☐ PERMISSÃO

☐ NÃO HABILITADO

☐ NÃO EXIGÍVEL

☐ ESTRANGEIRA

☐ NÃO APRESENTOU CNH

Nº DE REGISTRO: **06167931416**

1ª HABILITAÇÃO: **04/10/2014**

USAVA CINTO DE SEGURANÇA

☐ SIM

☐ NÃO

☒ SEM INFORMAÇÃO

VALIDADE DA CNH

☒ EM DIA

☐ VENCIDA

USAVA CAPACETE

☐ SIM

☐ NÃO

☐ SEM INFORMAÇÃO

CATEGORIA DA CNH

☒ A ☒ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ ACC

SITUAÇÃO DO CONDUTOR

☒ PERMANECIU NO LOCAL

☐ ATENDEU À VÍTIMA

☐ EVADIU-SE

☐ SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR

☐ MORTO

☐ FERIDO

☒ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: _____

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

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

USAVA CINTO DE SEGURANÇA

☐ SIM

☐ NÃO

☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE

☐ SIM

☐ NÃO

☐ SEM INFORMAÇÃO

POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO

☐ NA FRENTE

☐ ATRÁS

☐ EM PÉ

☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA

☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA

☐ MORTO

☐ FERIDO

☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: _____

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

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

USAVA CINTO DE SEGURANÇA

☐ SIM

☐ NÃO

☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE

☐ SIM

☐ NÃO

☐ SEM INFORMAÇÃO

POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO

☐ NA FRENTE

☐ ATRÁS

☐ EM PÉ

☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA

☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA

☐ MORTO

☐ FERIDO

☐ ILESO

Lanterna Traseira esquerda.

[Assinatura]

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Vinha na faixa da esquerda fiquei aguardando os carros pararem para ir para faixa da direita, porém quando fui para a faixa da esquerda não senti a parada dos carros não deixaram eu ir e estava com a seta ligada.

ASSINATURA DO CONDUTOR

Worlington de Lima

ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº 0,1

NOME		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF

TESTEMUNHA Nº 0,2

NOME		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF



VEÍCULO Nº 021

NOME DO PROPRIETÁRIO: **terezinha Cnta Oliveira**

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Sítio Mossaranduba nº 10, Cs - Zona Rural**

MUNICÍPIO: **São Bento do Una** MARCA: **YAMAHA** MODELO: **xtz 125k** PLACA/UF: **Rit-3889**

TIPO DE VEÍCULO

☐ AUTOMÓVEL	☐ MICROÔNIBUS
☐ BICICLETA	☐ TRATOR
☒ MOTOCICLETA	☐ TRACÇÃO ANIMAL
☐ CAMIONETA	☐ CAMINHÃO
☐ CAMINHONETE	☐ CARGA
☐ ÔNIBUS	☐ OUTRO

EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (70)

ESTADO DOS PNEUS

☐ BOM ☒ RUIM

INFRAÇÕES CONSTATADAS

☒ SIM ☐ NÃO

AUTO DE INFRAÇÃO: **53.864-8/53.866-0**

CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES): **50/100/65.912**

DIAGRAMA DE AVARIAS

☒	☒	☒
☒		LD
☒	TC	TD

LEGENDA

FE - FRONTAL ESQUERDO
EC - EIXO CENTRAL
FD - FRONTAL DIREITO
LE - LATERAL ESQUERDO
LD - LATERAL DIREITO
TE - TRASEIRO ESQUERDO
TC - TRASEIRO CENTRAL
TD - TRASEIRO DIREITO

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS

☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO
☒ REMOÇÃO DO VEÍCULO
☐ RECOLHIMENTO DA CNH
☐ RECOLHIMENTO DA PPD
☐ RECOLHIMENTO DO CRV
☐ RECOLHIMENTO DO CRLV
☐ TRANSBORDO DA CARGA
☐ NENHUMA

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 021

NOME DO CONDUTOR: **Erivaldo José da Silva**

DATA DE NASCIMENTO: **02/11/1985** SEXO: ☒ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: **7080202-5DS-PB** TELEFONE: **(81) 99929-0885**

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua Capetano Moura nº 420 - DA Penha**

MUNICÍPIO: **Ribeirão** UF: **PB**

HABILITAÇÃO

☐ CNH
☐ PERMISSÃO
☒ NÃO HABILITADO
☐ NÃO EXIGÍVEL
☐ ESTRANGEIRA
☐ NÃO APRESENTOU CNH

Nº DE REGISTRO

1ª HABILITAÇÃO: **/ /**

USAVA CINTO DE SEGURANÇA

☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

VALIDADE DA CNH

☐ EM DIA
☐ VENCIDA

USAVA CAPACETE

☐ SIM
☐ NÃO
☒ SEM INFORMAÇÃO

CATEGORIA DA CNH

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

SITUAÇÃO DO CONDUTOR

☐ PERMANECIU NO LOCAL
☐ ATENDEU À VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☒ SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR

☐ MORTO
☒ FERIDO
☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 021

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: **Aline Gonçalves Santos**

DATA DE NASCIMENTO: **21/04/1983** SEXO: ☐ M ☒ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: **7.100.538** TELEFONE: **()**

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua Antônio Gonçalves de Lima - Rio Verde**

MUNICÍPIO: **Santa Cruz do Capibaribe** UF: **PE**

USAVA CINTO DE SEGURANÇA

☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE

☐ SIM
☐ NÃO
☒ SEM INFORMAÇÃO

POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO

☐ NA FRENTE
☒ ATRÁS
☐ EM PÉ

NO COMPARTIMENTO DE CARGA

☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA
☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA

☐ MORTO
☒ FERIDO
☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 1

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE:

DATA DE NASCIMENTO: **/ /** SEXO: ☐ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF:

TELEFONE: **()**

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO):

MUNICÍPIO: UF:

USAVA CINTO DE SEGURANÇA

☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE

☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO

☐ NA FRENTE
☐ ATRÁS
☐ EM PÉ

NO COMPARTIMENTO DE CARGA

☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA
☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA

☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº

NOME

IDENTIDADE/Órgão/UF

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

☐ M☐ F

TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº)

ENDEREÇO (BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF

TESTEMUNHA Nº

NOME

IDENTIDADE/Órgão/UF

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

☐ M☐ F

TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº)

ENDEREÇO (BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 066.576.964-42 4 - Nome completo da vítima: ALINE GONÇALVES SANTOS

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

5 - Nome completo: ALINE GONÇALVES SANTOS 6 - CPF: 066.576.964-42
7 - Profissão: REC-INFORMAR 8 - Endereço: RUA ANTONIO GONÇALVES DE LIMA 9 - Número: 653 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: STA TEREZA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.195-070
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 1819.9461-3907

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A 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 POLIPANCA (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: 1038 CONTA: 8032 4

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 (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 Líder 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 (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: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos): ☐ 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 àsqueles beneficiários que se apresentarem e privarem 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 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: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 14 DE AGOSTO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 08/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

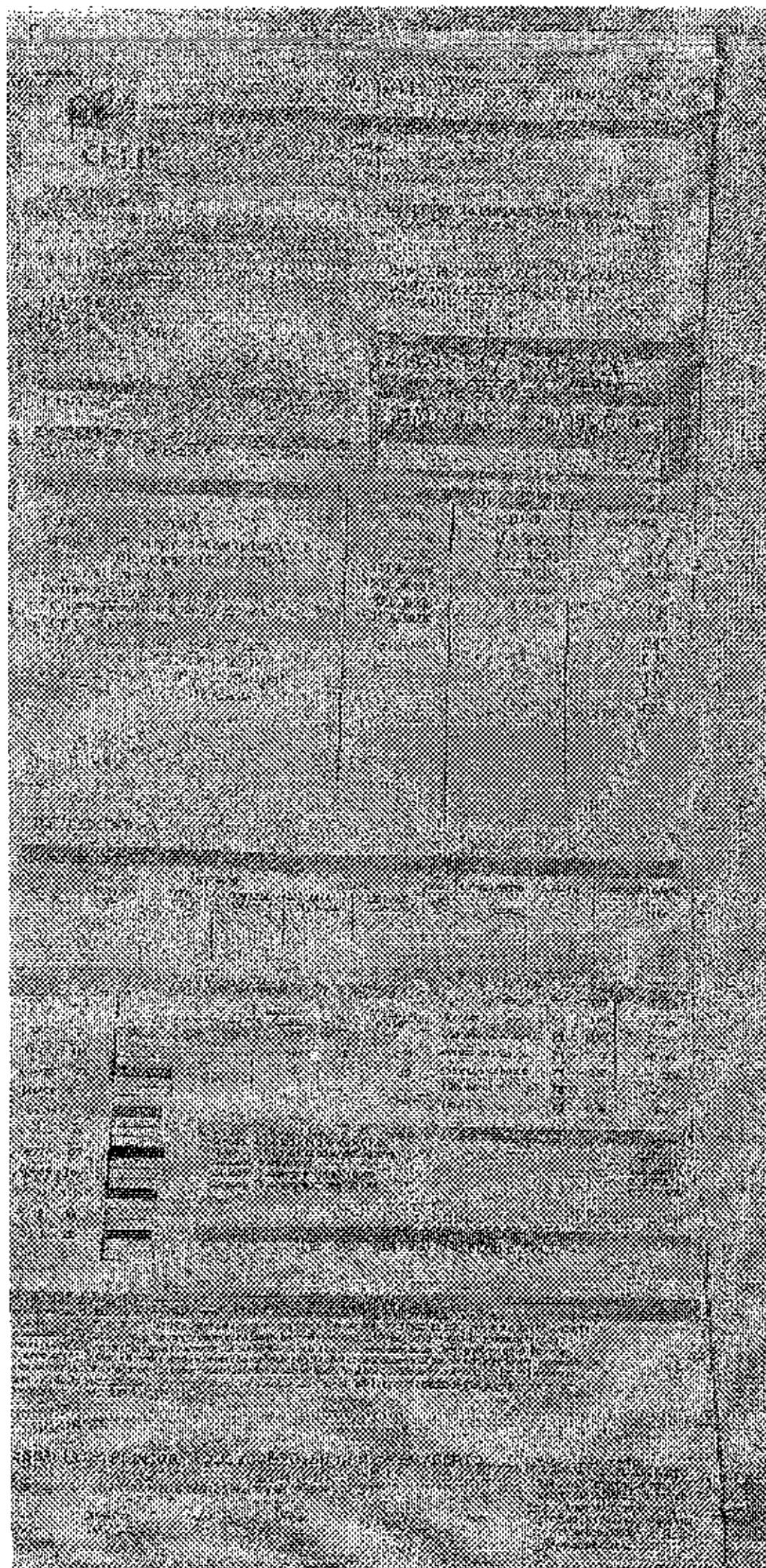
CLIENTE: ALINE GONCALVES SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000008032-4

Nr. da Autenticação 3E4B4C0C3B481456



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421

Nota Fiscal nº 008475460 - Grupo B - 14/04/2020

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 10.835.882/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0805948-01



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 24/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5593
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167 -
Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 -
Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada
na ligação para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES	DATA DE VENCIMENTO 14/04/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/04/2020	CONTA CONTRATO 7008475460
ENDEREÇO RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3 -CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -55192-305 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/04/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 103179059	

PERÍODO CONSUMO 05/03/2020 a 06/04/2020	CONSUMO 36
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 7,17

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7008475460	MÊS/ANO 04/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	VENCIMENTO 14/04/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838200900004 293100110072 008475460109 144919190039				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221706 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 5.513/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M^{te} M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALINE GONÇALVES SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.576.964 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALINE GONÇALVES SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.576.964 / 42, 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		Número	Complemento
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA		03	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CPF
CENTRO	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	PE	55.192-305
Telefone		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(81) 9.9161-3907	(81) 9.8133-5022

SANTA CRUZ 26 de AGOSTO de 2020
DO CAPIBARIBE Local e Data

Adriana M^{te} M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **ALINE GONÇALVES SANTOS**, CPF-068.575954-42, RG-71000038-SDS/PB que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID - 0116, REG- 26.257, no dia 26 de maio de 2020, às 09h e 27min, PE 160 - Mataquira, com queixa de colisão de carro com moto, tendo sido enviado pela UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB) que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para Hospital Municipal Raimundo Francisco Araújo 26h.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 30 DE JUNHO 2020

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora
Dist. 192

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE - BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em ____ / ____ / ____



DECLARAÇÃO

DECLARO para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr(a). **ALINE GONÇALVES SANTOS**, nascido em 21/04/1983, esteve nesta unidade hospitalar no dia 26/05/2020, por volta das 10h55M, para atendimento médico de urgência, para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do (a) mesmo (a).

Santa Cruz do Capibaribe/PE, 25 de junho de 2020.


FLÁVIO DO NASCIMENTO SILVA
Diretor Administrativo - HMRFA

Flávio do Nascimento Silva
Diretor Administrativo - HMRFA
Mat 514834

FICHA DO PACIENTE

SUS: Não Tinha
 Nº do Prontuário: _____ Data: 26/05/20 Hora: 10:55
 Nome: Aline Gonçalves Santos RECEPCIONISTA: Rallymy
 Sexo: F ☒ M ☐ Nascimento: 21/04/83 Idade: 37 anos
 Naturalidade: Campina Grande - PB Fone: () não tem
 Endereço: Rua Antônio Gonçalves de Lima n: 657
 Bairro: São João CEP: _____
 Pai: José Valdemiro dos Santos
 Mãe: Dominga Gonçalves dos Santos

PA: 1,60m T: 55kg FC: _____ FR: _____ SATO₂: _____ HGT: _____

Histórico do Paciente: Paciente trazida pela Sogra após ocorrência de uma crise de epilepsia apresentando convulsões em corpo e face com perda de consciência. Negro desdentado e com dentes amarelados, apresentando dificuldade em falar. Negro Teo Alguém p

Exame Físico: Acuidade consciente, orientada, pupila reage a luz e acomodação, reflexos patológicos negativos. EEG IS

Hipótese Diagnóstica: _____

Cópia Autorizada

Conduta: ① Dipirona 0,5mg + AD ② (EV)
 ② Voltaren 0,5mg + AD ③ (SUSPENSÃO)
 ③ Diazepam (SUSPENSÃO) THIAGO MOURA
 ④ SE 0,9% 500ml ⑤ (SUSPENSÃO) MELO
 ⑥ Voltaren 0,5mg ⑦ (SUSPENSÃO) CRISTIANE OLIVEIRA
 ⑧ Transd 0,5mg + 500ml 100% THIAGO MOURA
Sonho produzida às 12:35

Encaminhamento: _____

Condições de alta: _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DE WALDOMIRO FERREIRA

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que se fizerem necessário que o
Sr.(a) Aline Gonçalves dos Santos

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2020 a
29/05/2020

Registro Hospitalar: 358968

Diagnostico: fratura de TNZ Direito + Ferimento em Joelho Direito,

Tratamento: Cirúrgico.

OBS: Vítima de Acidente de trânsito. CID: 582.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

OS. 104.975/0268-277
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
PR. 104.975/0268-277
Caruaru - PE

Caruaru, 29 de Maio 2020

Setor de Arquivo (SAME)

Av. José Rodrigues de Jesus - Br 282 Km 190 S/N Bairro Inconfidência Caruaru-PE

CEP: 55.024.000

CNPJ: 10.572.048/0014-42 - Fone: 0**81-3719-9346.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Aline Gonçalves Santos

Prontuário: 558.968

Data: 26/05/2020 Hora: 15:28

DIAGNÓSTICO:

Fratura tor + @ + fratura joelho
@ + Espondilites

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. articular em todos

TRATAMENTO REALIZADO:

fxo cirurgia

AB + D/KH + curativos diários p/ com

no p/ ote orden médica

Alta Hospitalar: Data: 29/05/2020 Hora: _____

14/07/20

EN

Dr. André Melo

Dr. Médico

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



LAUDO MÉDICO

CIRUR. BICO-VAXILO (ACV)

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA DO VÍCIO

CISSMÉDICA

ELETRONEUROLOGIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOLOGIA DENTAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOBRONSCÓPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

OMOGRAFIA UMP

UTERÓVULVA

Doctro Xmas 02
Devidos PMS QUE
AUNE GONCALVES
SANTOS, SUSMETOR-SE
A TRATAMENTO CIRURGICO
DE FRATURA TORNOZELO
FIXADO COM PARAFUSOS
HA EELCA DE 90 DIAS,
E ENCONTRASE EM
ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL
CD - 582.6
582.5

Dr. Raiton Maynho da Costa

CRM 58546/03/1992

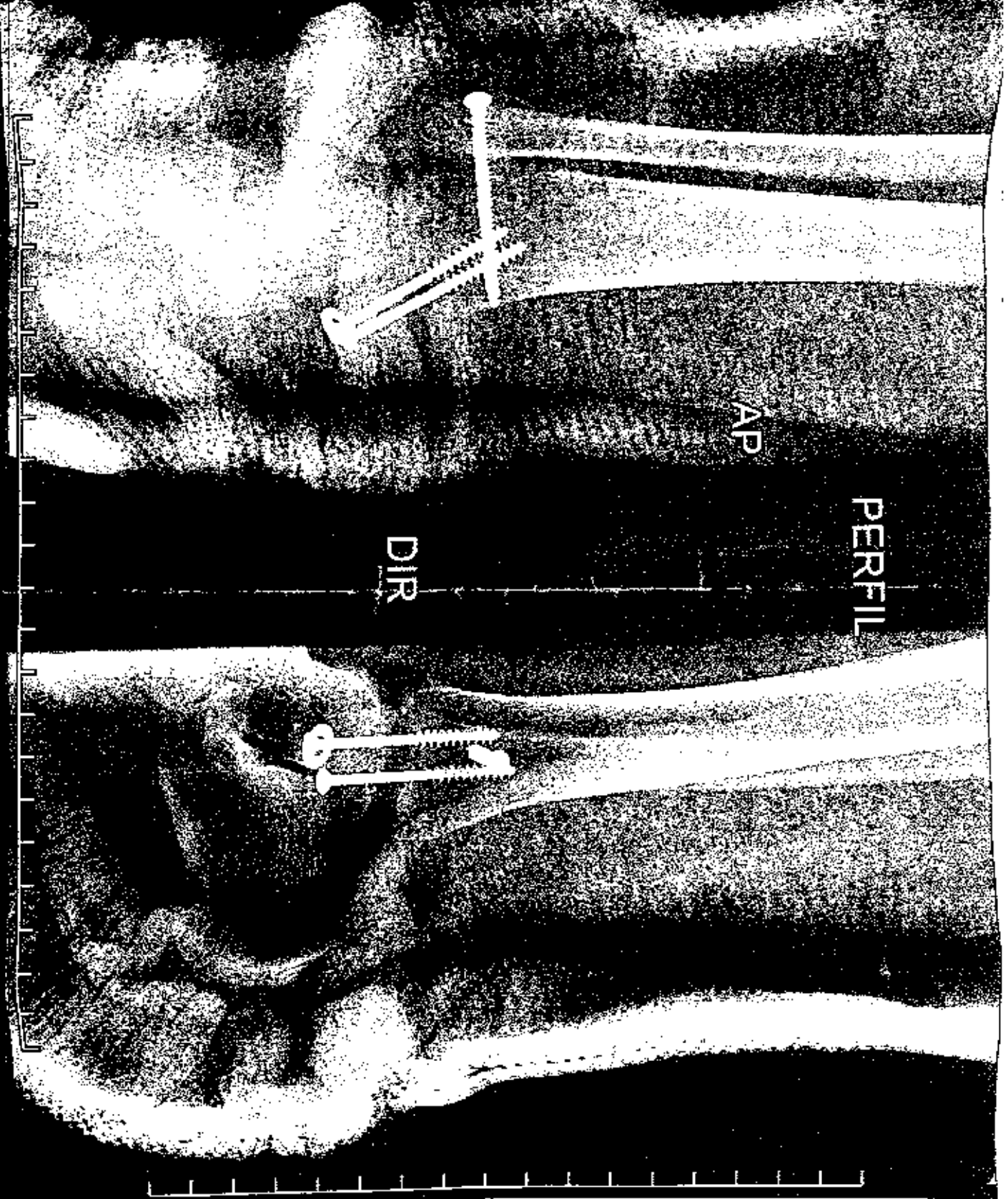
CPF 11.269

04-09-20

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Cauçima Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2192.0101 / www.lat.com.br



[illegible]

Informações sobre o veículo

Placa: KIT-3889

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: YAMAHA/XTZ 125X

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AZUL

Chassi: 9C6KE094060003992

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2006

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRIÇÕES

> AL. FID. YAMAHA ADM CONS LTDA

> NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA

 Consultar débitos

 Consulta de emissão de CRLV

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): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200305555**Data da solicitação: **15/09/2020**
DD/MM/AANome do beneficiário: **Aline Gonçalves Santos**CPF do beneficiário: **066.576.**

Nome do solicitante: _____

CPF do solicitante: **964-42****DADOS PARA CONTATO**Tel. Celular: **81,99700-1985** Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: **DOC IMAGEM + LAUDO MÉDICO**
(DESCREVER)**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Solicito que seja reanalisado o processo pois a mesma fez cirurgia, colocou pontos, fez todo tratamento médico e mesmo assim se encontra com sequelas, solicito que seja marcado uma perícia médica para que seja verificada as suas sequelas e que seja liberado o valor a que tem direito.

Santa Cruz do Capibaribe, 15/09/2020.**Adriana M. M. de A. Fernandes.**
Local e Data
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/última não alfabetizado: _____

O não alfabetizado deverá escrever através de sua confiança, alfabetizado, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, e seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239728/20

Número do Sinistro: 3200305555

Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS

CPF: 066.576.964-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/05/2020

Titular do CPF: ALINE GONCALVES SANTOS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 15/09/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos